



**UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Autora: Ezely Artemisa Rodrigues, nº 2580

Mindelo, Julho de 2015

Assistência de Enfermagem no Pré e Pós-Operatório
Mediato ao utente em risco de desenvolver
uma infecção do local cirúrgico

Discente: Ezely Artemisa Rodrigues

Orientadora: Enfermeira Suely Reis

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo em Julho de 2015 como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus queridos irmãos, Marco Paulo e Márcia, pelo amor e carinho oferecido ao longo desses poucos anos de convivência.

Agradecimentos

Uma vez que quando se trilha um longo caminho estamos sempre acompanhados por pessoas que nos ajudam e tornam o nosso caminho mais fácil, à todas essas pessoas deixo um especial agradecimento:

À Enfermeira Suely Reis pela excelente orientação dada ao longo do trabalho, motivação e incentivo à minha descoberta da investigação científica.

Ao meu companheiro, José Andrade, pela atenção, carinho e compreensão oferecidos ao longo da realização deste trabalho e de todo o nosso percurso académico.

Aos meus pais Fátima e Avelino, por me terem ajudado ao longo da vida. Um especial obrigada à minha mãe que sempre incentivou o meu percurso académico.

Aos docentes da Universidade do Mindelo que me ajudaram na procura de conhecimento ao longo do curso e partilharam das suas experiências.

Aos enfermeiros encontrados ao longo dos sucessivos ensinios clínicos que me transmitiram parte dos seus conhecimentos.

Aos utentes que disponibilizaram parte do seu tempo para responder ao questionário e dar o seu contributo à realização dessas investigação.

À todos que me ajudaram de alguma forma ao longo deste trabalho, meu percurso académico ou minha vida pessoal.

À todos, o Meu Enorme Obrigada!

Resumo

Este trabalho cuja temática é a Assistência de Enfermagem no pré e no Pós-operatório mediato realça a necessidade da enfermagem desenvolver estratégias de prevenção e controlo das infeções do local cirúrgico mais eficazes e eficientes, mediante controlo dos factores de risco nos períodos pré e pós-operatório mediato.

As transformações na área da saúde, as inovações tecnológicas e o desenvolvimento de técnicas invasivas têm contribuído para a incidência das infeções hospitalares, e consequentemente, das infeções do local cirúrgico. Essas fragilidades revelam uma oportunidade para os enfermeiros terem uma função mais activa no controlo dessas infeções através do desenvolvimento de estratégias de intervenção ao longo do percurso cirúrgico do utente.

Trata-se de um estudo quantitativo, de carácter descritivo-correlacional cujo objectivo é identificar os factores de risco para infecção do local cirúrgico predominantes nos utentes intervencionados cirurgicamente internados no serviço de Cirurgia do Hospital Baptista de Sousa. A amostra foi constituída por 24 utentes submetidos à intervenção cirúrgica internados no serviço de cirurgia do Hospital Baptista de Sousa entre Abril e Junho de 2015.

Como instrumento de recolha de informações foi utilizado um questionário cujo objectivo foi identificar os factores de risco para infecção do local cirúrgico. A par desse instrumento foi utilizado um guião de observação visando observar as feridas cirúrgicas dos inquiridos. Fora também aplicado um guião de observação aos enfermeiros a fim a observar as intervenções de enfermagem realizadas no pré e no pós-operatório mediato.

Os resultados evidenciaram que os factores de risco predominantes na população alvo foram o sedentarismo, a realização de tricotomia, episódios de infecção recentes e o internamento antes da cirurgia. Foram também observadas algumas lacunas quanto às intervenções de enfermagem realizadas no pré e no pós-operatório mediato que podem constituir riscos para infecção do local cirúrgico.

Descritores: Factor de risco, Infecção do local cirúrgico, Assistência de Enfermagem, pré-operatório, pós-operatório mediato.

Abstract

This work whose theme is the nursing care before and in the immediate postoperative stresses the need nursing develop strategies for prevention and control of surgical site infections more effective and efficient by controlling the risk factors in the pre- and post- operative mediate.

The changes in health care, technological innovation and the development of invasive techniques have contributed to the incidence of nosocomial infections, and consequently of surgical site infections. These weaknesses reveal an opportunity for nurses take a more active role in controlling these infections through the development of intervention strategies over the wearer surgical route.

It is a quantitative study, descriptive and correlational nature whose aim is to identify risk factors for surgical site infection prevalent in surgically intervened users admitted to the Surgery Service Hospital Baptista de Sousa. The sample consisted of 24 clients undergoing surgery admitted to Baptist Hospital of Sousa surgery service between April and June 2015.

As a tool for gathering information was used a questionnaire aimed to identify risk factors for surgical site infection. Alongside this instrument was used a script observation aiming observe the surgical wounds of respondents. Out also applied a guide of observation to nurses in order to observe the nursing interventions before and in the immediate postoperative period.

The results showed that risk factors prevalent in the target population were sedentary, performing trichotomy, recent episodes of infection and hospitalization before surgery. It was also observed some gaps regarding the nursing interventions before and in the immediate postoperative which can constitute risks for surgical site infection.

Key words: Risk factor, surgical site infection, nursing care, preoperative, postoperative mediate.

Lista de Siglas

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

CHCIH – Comissão de Higiene e Controle de Infecção Hospitalar

EC – Ensino Clínico

FR – Factores de Risco

HBS – Hospital Baptista de Sousa

IH – Infecção Hospitalar

ILC – Infecção do local cirúrgico

IPC – Infecção pós-cirúrgica

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SCIELO – *Scientific Electronic Library online*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UC – Unidade de Cirurgia

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-anestésico

Índice

Introdução	12
CAPÍTULO I: Fase Conceptual	13
Justificativa e Problemática	14
Enquadramento Teórico	18
1. Infecções Pós-Cirúrgicas: Aspectos Gerais Relacionados	18
1.1. Infecção do Local Cirúrgico	19
1.1.1. Classificação da Ferida Cirúrgica.....	21
1.1.2. Factores de Risco para as Infecções do Local Cirúrgico.....	23
Factores de Risco Intrínsecos	23
Factores de Risco Extrínsecos	25
1.2. Mecanismos de Defesa do Organismo.....	26
1.3. Prevenção e Controlo das Infecções do Local Cirúrgico.....	27
1.4. Assistência de Enfermagem Pré-operatória.....	29
1.4.1. Preparação do Utente.....	30
1.4.2. Avaliação do Risco de Infecção do Local Cirúrgico.....	32
1.5. Assistência de Enfermagem no Pós-operatório Mediato.....	33
1.5.1. Cuidados com a Incisão Cirúrgica.....	35
1.5.2. Limpeza da Ferida Cirúrgica	36
1.5.3. Cuidados com os drenos	37
1.5.4. Detecção e Tratamento de uma Infecção do Local Cirúrgico	38
CAPÍTULO II: Fase Metodológica	41
2. Percurso Metodológico.....	42
2.1. Tipo de Estudo.....	43
2.2. População e amostra	43
2.3. Processo de amostragem.....	44

2.4. Aspectos Ético e Legais.....	45
2.5. Instrumento de Recolha de informações	46
2.6. Caracterização do meio de pesquisa	47
CAPÍTULO III: Fase Empírica	48
3. Tratamento, Análise e Apresentação dos Resultados	49
3.1. Análise do Inquérito Aplicado	49
3.2. Análise do Guião de Observação aplicado aos utentes.....	61
3.3. Cruzamento de variáveis.....	63
3.4. Análise do Guião de Observação aplicado aos enfermeiros	68
Discussão de Resultados.....	69
Considerações Finais	72
Recomendações	74
Referências Bibliográficas.....	75
Apêndice 1 – Cronograma elaborado para a realização do TCC	79
Apêndice 2 – Requerimento feito pela investigadora.....	80
Apêndice 3 – Questionário aplicado aos utentes	81
Apêndice 3 – Questionário aplicado aos utentes	81
Apêndice 4 - Guião de observação das feridas cirúrgicas	84
Apêndice 5 - Guião de Observação – Unidade de Cirurgia	85
Anexo 1 - Requerimento da coordenação do curso de enfermagem	87

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Sexo dos utentes internados no Serviço de Cirurgia no 1º trimestre de 2015 ...	15
Tabela 2 - Idade registado dos utentes internados no serviço de cirurgia	16
Tabela 3 - Cirurgias realizadas no 1º trimestre de 2015	16
Tabela 4 – Relação entre os episódios de infeção no último ano e o uso de antibióticos .	55
Tabela 5 – Relação entre doença associada e tipo de doença associada	60
Tabela 6- Relação entre onde e quando foi realizada a tricotomia.....	60
Tabela 7 - Relação entre infeção do local cirúrgico e o sexo	63
Tabela 8 – Relação entre infeção do local cirúrgico e a faixa etária	64
Tabela 9 – Relação entre infeção do local cirúrgico e ilha de residência.....	64
Tabela 10– Relação entre infeção do local cirúrgico e prática de exercício físico.....	64
Tabela 11 – Relação entre infeção do local cirúrgico e hábitos tabágicos	65
Tabela 12 – Relação entre infeção do local cirúrgico e hábitos alcoólicos	65
Tabela 13 – Relação entre infeção do local cirúrgico e o tipo de doença crónica.....	65
Tabela 14 – Relação entre infeção do local cirúrgico e infeção no último ano	66
Tabela 15– Relação entre infeção do local cirúrgico e outros internamentos	66
Tabela 16 – Relação entre infeção do local cirúrgico e outras cirurgias	66
Tabela 17 - Relação entre infeção do local cirúrgico e dias de internamento antes da cirurgia.....	67
Tabela 18 – Relação entre infeção do local cirúrgico e a realização de tricotomia.....	67
Tabela 19– Relação entre infeção do local cirúrgico e banho pré-operatório	67

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Sexo dos inquiridos	Gráfico 2 – Faixa Etária dos inquiridos	49
Gráfico 3 – Ocupação dos inquiridos	Gráfico 4 – Horas de trabalho	50
Gráfico 5 – Ilha de Residência dos inquiridos		50
Gráfico 6 – Prática de exercício físico	Gráfico 7 – Exercício físico semanal	51
Gráfico 8 – Tipo de exercício praticado pelos inquiridos		52
Gráfico 9 - Número de refeições diárias	Gráfico 10 – Alimentação dos inquiridos.....	52
Gráfico 11– Quantidade de água ingerida pelos inquiridos num dia		53
Gráfico 12 – Hábitos tabágicos	Gráfico 13- Quantidade de cigarros fumados	53
Gráfico 14– Hábitos alcoólicos	Gráfico 15 – Ingestão de álcool	54
Gráfico 16 – Existência de doença crónica	Gráfico 17– Tipo de doença crónica	54
Gráfico 18 – Infecção no último ano		55
Gráfico 19 – Uso de antibiótico.....		56
Gráfico 20– Internamentos anteriores	Gráfico 21– Enfermarias do internamento.....	56
Gráfico 22 – Motivo do(s) internamento(s) anterior (es)		57
Gráfico 23 – Cirurgias anteriores	Gráfico 24– Número de cirurgias anteriores.....	57
Gráfico 25 – Infecção do local cirúrgico anterior.....		58
Gráfico 26 – Internamento antes da cirurgia	Gráfico 27 – Dias de internamento	58
Gráfico 28 – Diagnóstico de entrada		59
Gráfico 29 – Realização de tricotomia		60
Gráfico 30 – Higiene corporal antes da cirurgia.....		61
Gráfico 31 – Tipo de cirurgia	Gráfico 32- Especialidade da cirurgia.....	62
Gráfico 33 – Infecção da ferida cirúrgica		62

Introdução

Este trabalho surgiu no âmbito do 4º Curso de Enfermagem, leccionado pela Universidade do Mindelo entre 2011 e 2015. Consiste num Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Assistência de Enfermagem no pré e no pós-operatório mediato ao utente em risco de desenvolver uma infecção do local cirúrgico. A finalidade deste trabalho é o desenvolvimento de uma investigação científica para apresentação e conclusão do processo de Licenciatura.

A escolha da temática Assistência de Enfermagem no pré e no pós-operatório mediato resultou das motivações e experiências obtidas ao longo dos sucessivos Ensinos Clínicos (EC). Deve-se ainda referir o II EC como o principal motivador, uma vez que foi importante para a identificação da existência de sistemas de registos pouco desenvolvidos das Infecções do Local Cirúrgico (ILC). Ao longo das sucessivas experiências nos diferentes campos clínicos fora também visível o aumento dos Factores de Risco (FR) para o desenvolvimento de Infecções Hospitalares (IH).

O tema reveste-se de grande importância visto que a Unidade de Cirurgia (UC) é uma enfermaria onde se encontram hospitalizados utentes cirúrgicos, isto é, utentes que foram ou que serão submetidos a alguma intervenção cirúrgica. Sendo as intervenções cirúrgicas procedimentos invasivos que acarretam riscos de muitas complicações, realça-se que a assistência de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório mediato é fundamental para evitar agravos e facilitar a recuperação do utente.

A motivação pessoal e a curiosidade científica também contribuíram para a escolha do tema, uma vez que aprofundar os conhecimentos é sempre um objectivo pessoal de qualquer trabalho científico. Além de que, contribuir para a elaboração de estratégias assentes em bases científicas para o controlo de ILC e melhoria da assistência de enfermagem também foram factores impulsionadores para a realização deste trabalho.

O trabalho encontra-se estruturado em 3 Capítulos bem organizados: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica. A fase conceptual está constituída pela justificativa e problemática, e pelo enquadramento teórico onde se apresenta uma revisão da bibliografia acerca do tema. Na fase Metodológica está exposto todo o percurso metodológico, explicando-se o tipo de estudo e abordagem utilizados nesta investigação, bem como os instrumentos de recolha de informações, aspectos éticos e legais, população e amostra, e processo de amostragem. Por fim, a fase Empírica apresenta o tratamento, análise e apresentação dos resultados encontrados durante a investigação.

CAPÍTULO I: Fase Conceptual

“Se conseguires medir aquilo de que falas, e fores capaz de o exprimir por um número, é porque sabes alguma coisa do assunto, mas se não o puderes medir, então o teu conhecimento é escasso e pouco satisfatório.”

William Thomson, Lord Kelvin, engenheiro, matemático e físico (1824 – 1907)

Justificativa e Problemática

Nos últimos anos têm ocorrido várias transformações na área da saúde no sentido de melhorar o bem-estar dos indivíduos, manter a saúde e tratar doenças. Porém, é certo que os progressos advindos dessas transformações também têm gerado muitos desafios aos sistemas de saúde, à que muitas vezes não se têm conseguido dar uma resposta positiva, gerando problemas como IH e consequentemente, custos acrescidos para os sistemas de saúde. É neste sentido que Bolick (2000, p.125) afirma que:

A maioria dos progressos ocorridos no controle das infecções – tanto desafios, quanto avanços – ocorreu nos últimos 30 anos. Durante essas mesmas décadas os progressos médicos proporcionaram a muitos pacientes a esperança de sobreviver ou melhorar sobremaneira a sua qualidade de vida. Contudo, esses avanços aumentaram o risco de infecção em muitos casos, devido à supressão do sistema imunológico ou à necessidade de se usarem dispositivos e procedimentos invasivos.

Apesar da evolução que tem ocorrido na área da saúde devido aos avanços tecnológicos e a melhoria na prestação dos cuidados hospitalares continuam surgindo muitos casos de infecções em utentes após intervenções cirúrgicas, pelo que Boehnlein e Marek (2007, p.278) enfatizam que “calcula-se que 27 milhões de pessoas são anualmente submetidas a cirurgia e que cerca de 500 000 desenvolvem uma infecção nosocomial, sendo 40 a 60% destas infecções evitáveis.”

Este facto deve-se ao aumento expressivo dos FR para IH, sendo que Elkin, Perry e Potter (2005, p.49) afirmam que “os factores de risco para as infecções adquiridas no hospital, ou nosocomiais, dos clientes aumentaram significativamente nos serviços de saúde.”

Realça-se também que a antibioterapia tem contribuído para o aumento das IH, uma vez que o seu uso erróneo tem colaborado para as constantes mutações e para os fenómenos de resistência dos microorganismos. Essa ideia é defendida pela Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesa (AESOP) (2006, p.43) que assegura que “a utilização repetida de antibioterapia, seleccionou, nos hospitais, estirpes bacterianas

multi-resistentes. Assim constitui-se nos hospitais uma flora cuja patogenicidade é cada vez mais perigosa.”

Entre todos os tipos de Infecções Pós-Cirúrgicas (IPC) existentes, as ILC têm causado uma grande preocupação, representando uma percentagem considerável das IH. Neste sentido, Boehnlein e Marek (2007, p.278) realçam que “as infecções da ferida cirúrgica são a segunda infecção nosocomial mais frequente, sendo responsáveis por 17% de todas as infecções nosocomiais.”

As IPC trazem inúmeras consequências incluindo o aumento do período de internamento e dos custos hospitalares, assim a AESOP (2006, p.51) afirma que “a infecção tem importante impacto no doente e nos serviços de saúde (...) quando ocorrem, conduzem a um prolongamento do internamento hospitalar e respectivo tratamento, com custos elevados em termos de recursos humanos e materiais.”

Devido a grande problemática do aumento das IH, o problema de maior relevância para este trabalho tem que ver com a necessidade dos enfermeiros compreenderem a importância que têm na prevenção dessas infecções. Acompanhando o raciocínio de Elkin, Perry e Potter (2005, p.49) que afirmam que “hoje em dia o enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção e controlo da infecção”, é de extrema importância que se elucide os enfermeiros da relevância que têm nos processos de prevenção e controlo das IH, de forma a criarem estratégias eficientes e eficazes de intervenção.

Sendo o Hospital Baptista de Sousa (HBS) um Hospital Central de Cabo Verde, é pertinente referir que a UC recebe um número considerável de utentes para internamento todos os meses. De acordo com dados recolhidos na respectiva enfermaria (tabela 1), foram internados 260 utentes no primeiro trimestre de 2015. 66,2% dos utentes eram do sexo masculino e os restantes 33,3% dos internados eram do sexo feminino.

Tabela 1 – Sexo dos utentes internados no Serviço de Cirurgia no 1º trimestre de 2015

	Sexo	Frequência	Percentagem
	Masculino	172	66,2
	Feminino	88	33,8
	Total	260	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados colhidos na enfermaria de cirurgia

Enfatizando a questão da idade dos utentes internados, é importante referir que 29 utentes (11,2%) não apresentavam o registo da idade. A média da idade dos doentes

internados nesse período foi de 46,74 anos, sendo 2 anos a idade mínima e 98 anos a idade máxima registada de acordo com a tabela 2. É importante ainda referir que não há registo de quais foram os utentes submetidos à cirurgias.

Tabela 2 - Idade registado dos utentes internados no serviço de cirurgia

Número de utentes com idade registada	Mínimo	Máximo	Média
231	2	98	46,74

Fonte: Elaboração própria a partir de dados colhidos na enfermaria de cirurgia

De acordo com dados obtidos no centro cirúrgico do HBS, no primeiro trimestre de 2015 foram realizadas 764 intervenções cirúrgicas, sendo 219 no mês de Janeiro, 254 no mês de Fevereiro e 291 no mês de Março. As especialidades que são relevantes para esta investigação são a cirurgia geral, a urologia, a cirurgia plástica e a otorrinolaringologia. Com base nos dados expostos na tabela 3, foram realizadas 160 cirurgias gerais, 86 procedimentos cirúrgicos da área da urologia, 52 cirurgias de otorrinolaringologia e 28 cirurgias plásticas.

Tabela 3 - Cirurgias realizadas no 1º trimestre de 2015

	Cirurgia Geral	Urologia	Cirurgia Plástica	Otorrinolaringologia
Janeiro	59	26	6	7
Fevereiro	49	30	7	17
Março	52	30	15	28
	160	86	28	52

Fonte: Elaboração própria a partir de dados colhidos no centro cirúrgico

É pertinente ainda referir que devido aos sistemas de registos pouco desenvolvidos no HBS, não foi possível avaliar quais foram as cirurgias de carácter de urgência e quais as electivas. Também não foi possível saber quantas cirurgias foram feitas em regime ambulatorial nem quantos ocorreram com a respectiva hospitalização do utente.

Convém ainda referir que a vigilância das IH tem vindo a avançar em todo o mundo e Cabo Verde não é excepção. Foi criada recentemente uma Comissão de Higiene e controle de Infecção Hospitalar (CHCIH), porém ainda existam lacunas no que tange a identificação, registo e notificação das ILC. A inexistência de dados acerca da incidência de ILC no HBS encontra-se relacionada com a inexistência de métodos de despiste dessas

referidas infecções e de falhas na comunicação quando essas ocorrem em utentes hospitalizados nas enfermarias.

Assim sendo, considera-se pertinente o estudo do tema para que possam ser criadas condições necessárias para que o enfermeiro possa exercer de forma plena a sua função no controlo dos FR para ILC, não só no que diz respeito à identificação dos FR, medidas de prevenção e detecção precoce dessas infecções bem como o registo adequado dos casos que ocorrem nas enfermarias do HBS.

Na medida em que se pretende conhecer os FR para ILC predominantes entre os utentes da UC, este estudo será orientado pela seguinte pergunta de partida: Quais os factores de risco para infecção do local cirúrgico predominantes nos utentes intervencionados cirurgicamente internados no serviço de Cirurgia do Hospital Baptista de Sousa?

Para se dar resposta à pergunta de partida, definiu-se o seguinte objectivo geral: Identificar os factores de risco para infecção do local cirúrgico predominantes nos utentes intervencionados cirurgicamente internados no serviço de Cirurgia do Hospital Baptista de Sousa.

Perante a necessidade de complementar a investigação, foram delineados para este estudo os seguintes objectivos específicos:

- Verificar a incidência das infecções do local cirúrgico na população alvo;
- Compreender a relação entre os factores de risco para infecção do local cirúrgico e a incidência de infecção do local cirúrgico na população alvo;
- Conhecer as intervenções de enfermagem no pré e pós-operatório mediato para a prevenção das infecções do local cirúrgico.

Face à problemática levantada torna-se também necessária a elaboração das seguintes hipóteses de estudo:

- Existe relação positiva entre os factores de risco predominantes e a incidência de infecção do local cirúrgico na população alvo.
- Existe relação positiva entre os factores de risco não predominantes e a incidência de infecção do local cirúrgico na população alvo.

Enquadramento Teórico

Entender todo o processo que envolve o desenvolvimento de uma IPC engloba muitos aspectos que o tornam um processo bastante complexo. Evidentemente não é possível compreender todos os aspectos ligados as referidas infecções sem definir conceitos correlacionados. Assim sendo, inicia-se o trabalho com uma breve revisão bibliográfica de conceitos relacionados com o desenvolvimento das IPC.

1. Infecções Pós-Cirúrgicas: Aspectos Gerais Relacionados

Há muitas informações comprovando que há séculos que os indivíduos já possuíam alguma noção da existência de microrganismos que poderiam provocar infecções, pelo que Nicolette (2008, p.44) afirma que “as informações e o conhecimento associados ao fato de que as bactérias poderiam provocar doenças transmissíveis não existiam até o século XIX. Contudo, o conceito de que havia criaturas diminutas que poderiam provocar doenças existiu por milhares de anos.”

Evidentemente, hoje em dia sabe-se que um processo infeccioso é um processo complexo que se inicia quando um microrganismo invade um tecido ocasionando uma série de alterações no hospedeiro que se traduz num conjunto de sinais e sintomas. Para Hentges (1995 *apud* AESOP, 2006, p.51) “a infecção é definida como a invasão e multiplicação de microorganismos nos tecidos. Pode ser clinicamente silenciosa ou provocar lesão celular local, devido ao metabolismo competitivo, às toxinas, a replicação intracelular ou à resposta antigénio-anticorpo.”

Ao longo dos tempos fora sempre comum o aparecimento de infecções entre os doentes que permaneciam internados. Por esta razão, Nicolette (2008, p.44) afirma que “o *hospitalismo* era um termo idealizado por Simpson para descrever o conjunto de infecções que se desenvolviam entre os pacientes hospitalizados. Hoje em dia, estas infecções são referidas como infecções associadas aos cuidados de saúde.”

Como refere a autora supracitada, actualmente as infecções adquiridas no meio hospitalar são conhecidas como infecções associadas aos cuidados de saúde, podendo ser também denominadas IH ou nosocomiais. É neste sentido que Traldi (2004, p.23) realça que “considera-se infecção hospitalar qualquer infecção que surge no doente internado e que não estava presente, nem sob fase de incubação, no momento da sua admissão no hospital.”

Para a presente investigação não interessa estudar as infecções de forma isolada, mas sim as infecções associadas às intervenções cirúrgicas visto que a cirurgia é um procedimento invasivo que acarreta muitos riscos de complicações, incluindo IPC. De acordo com Marek e Boehnlein (2007, p.245) a cirurgia pode ser definida como “o ramo da medicina que realiza os procedimentos manuais e instrumentais para a correcção de deformidades e defeitos, reparação de lesões, e diagnóstico e cura de certas doenças.”

Compreender o conceito de IPC é um aspecto pertinente desta investigação para que se possa perceber todos os aspectos correlacionados. Assim, conhecendo-se os conceitos de cirurgia e de infecção, pode-se considerar que uma IPC é uma infecção que resulta directamente do acto cirúrgico ou de alguma técnica invasiva realizada durante ou em sequência do procedimento cirúrgico.

Mesmo com as transformações ocorridas ao longo dos tempos na área da saúde continuam surgindo muitos casos de IPC. Assim, Medeiros, Neto, Dantas Filho, Pinto Jr, Uchôa e Carvalho (2003, p. 15) afirmam que “apesar dos grandes avanços em todas as áreas da cirurgia, o controle da infecção continua sendo um grande desafio para a cirurgia.”

As IPC que ocorrem com maior frequência são as infecções do trato urinário, infecções do local cirúrgico, infecções respiratórias, e septicemia. De acordo com Bolick (2000, p.112) “na maioria dos casos, as infecções hospitalares invadem o corpo a partir do trato urinário. Outras portas de entrada comuns são feridas cirúrgicas, o trato respiratório e a corrente sanguínea.”

1.1. Infecção do Local Cirúrgico

Para esta investigação interessa debruçar-se sobre a problemática das ILC. Embora todas as IPC gerem muitos agravos, as ILC têm constituído um problema mais grave, representando uma taxa bastante significativa das infecções nosocomiais. Assim sendo, Bolick (2000, p.113) afirma que “as infecções das feridas cirúrgicas, o segundo tipo mais frequente de infecção hospitalar são responsáveis por cerca de 25% de todas as infecções hospitalares e ocorrem em cerca de 12% dos pacientes cirúrgicos.”

Com uma ideia mais recente acerca das ILC, McEwen (2008, p.237) alega que “as infecções do local cirúrgico se responsabilizam por 14 a 16% de todas as infecções adquiridas nos hospitais.”

É certo que com uma taxa tão elevada, as ILC têm gerado muitos agravos e gastos para os utentes, familiares e os sistemas de saúde. Assim, Silva e Crossetti (2012, p.183)

afirmam que “infecção da ferida operatória é uma séria complicação que prolonga a convalescença do paciente, aumenta os gastos e a permanência do mesmo no hospital, provocando comorbidades, problemas psicossociais e incapacitantes e que, eventualmente, evolui para uma condição fatal.”

Sendo que a incisão resultante do acto cirúrgico é uma ferida, não se pode falar das ILC sem se definir o conceito de ferida, pelo que Wilson (2003, p.209) diz que “a ferida tem sido definida como uma perda de continuidade da pele ou outro tecido, e pode resultar de traumatismo accidental, de um processo mórbido subjacente ou de uma técnica cirúrgica.”

Geralmente as feridas cirúrgicas cicatrizam-se sem problemas, exceptuando quando há algum factor que interfira com a cicatrização como uma infecção. É neste sentido que McEwen (2008, p.232) refere que “a causa mais comum de retardo na cicatrização da ferida em um paciente cirúrgico é infecção do local cirúrgico.”

As ILC acometem geralmente os locais da incisão gerando um conjunto de sinais e sintomas, pelo que Nicolette (2008, p.46) define ILC como sendo “infecção envolvendo as camadas da parede corporal que foram incisadas.”

De acordo com os autores consultados, a invasão e multiplicação dos microrganismos nos tecidos gera um conjunto de sinais. Isso é também assegurado por Bolick (2000, p.85) que afirma que “o organismo reage a invasão microbiana dos tecidos produzindo uma resposta inflamatória. Os cinco sinais e sintomas clássicos são: dor, calor, rubor, edema e distúrbios funcionais.”

Outros autores, nomeadamente Marek e Boehnlein (2007, p.327) indicam a existência de outros sinais quando afirmam que “são sinais objectivos de infecção dor, febre, edema, eritema, exsudado purulento, e leucocitose.”

A resposta inflamatória tem uma função extremamente importante no organismo, pelo que Bolick (2000, p.109) afirma que “a função principal da resposta inflamatória é atrair células fagocíticas (neutrófilos e monócitos) para a região inflamada, visando a destruir os micróbios e preencher os espaços teciduais criados pelas células mortas e em decomposição para que possa começar o processo de reparação dos tecidos.”

As ILC resultam de um processo infeccioso que tem início com a penetração de microrganismos na incisão cirúrgica, sendo que os microrganismos que aparecem com maior frequência nas feridas cirúrgicas são as bactérias. Nicolette (2008, p.45) afirma que “os organismos mais comumente encontrados em infecção do sítio cirúrgico pós-

operatória incluem espécies de estafilococos, enterococos, pseudomonas e estreptococos. O *S. aureus* é o organismo identificado com maior frequência.”

Habitualmente os microrganismos que causam ILC são os microrganismos que fazem parte da flora do organismo humano. Assim, a AESOP (2006, p.43) tal como outros autores consultados assegura que “(...) os microorganismos predominantes nas infecções das feridas são as bactérias e os fungos que vivem normalmente na pele e no trato gastrointestinal, numa relação fisiológica do tipo comensal, mas que se tornam invasivos quando a barreira é quebrada.”

Muitas vezes, as ILC não aparecem logo nos primeiros dias do pós-operatório, podem aparecer num período de até 30 dias e em algumas cirurgias em específico podem aparecer em até 1 ano. Lima Gebrim, Melchior, Menezes Amaral, Soares Barreto e Prado Palos (2014, p. 266) dizem que “a infecção do sítio cirúrgico é considerada evento adverso, ocasionado por complicação de procedimentos cirúrgicos, cujo diagnóstico pode ser confirmado em até 30 dias após a cirurgia, e em caso de implante de prótese ou similar, no máximo de 12 meses.”

As ILC não afectam somente a camada superficial da pele, ela pode atingir camadas mais profundas ou mesmo cavidades e órgãos. Segundo Wilson (2003, p.211) as infecções em feridas cirúrgicas “podem afectar a camada superficial da pele, as camadas profundas da fascie ou os órgãos mais próximos, ou outras zonas, como as articulações ou estruturas abdominais manipuladas durante a intervenção.”

Por essa razão, existe uma classificação da infecção do local cirúrgico. De acordo com McEwen (2008, p.232) as ILC podem ser classificadas em “infecção incisional superficial do sítio cirúrgico, infecção incisional profunda do sítio cirúrgico e infecção de órgão/espaco do sítio cirúrgico (área contígua a órgão ou espaco dos sítio cirúrgico).”

1.1.1. Classificação da Ferida Cirúrgica

De acordo com o referido anteriormente, existem diversos microrganismos comensais que habitam o corpo humano, porém algumas regiões apresentam um maior número desses microrganismos. Wilson (2003, p.211) diz que “uma vez que as bactérias que provocam infecção da ferida operatória são normalmente originárias da própria flora normal do doente, a quantidade de bactérias existente na ferida no final da intervenção depende da zona do corpo implicada.”

Porém, o risco de se adquirir uma ILC não depende somente do local implicado no acto cirúrgico, mas também de outros factores como o tipo de intervenção cirúrgica. Heritage, Evans e Killington (2002, p.232) afirmam que “(...) as feridas cirúrgicas são praticadas deliberadamente. Estas estão sujeitas a infecção, embora o risco seja variável de acordo com o local da incisão e a natureza do procedimento cirúrgico.”

Existe uma classificação da ferida cirúrgica que aponta as características de cada tipo de ferida e apresenta o risco de infecção. A classificação do tipo de ferida deve ser registada sempre no final de cada cirurgia, de modo a se saber qual o tipo de ferida e correlacionar com o risco adquirir uma infecção. A AESOP (2006, p.53) assegura que “a classificação da ferida cirúrgica deve ser sempre realizada e registada no final da cirurgia.”

De acordo com os autores consultados, as feridas cirúrgicas estão classificadas em quatro categorias. McEwen (2008, p.235) defende essa ideia quando afirma que as feridas cirúrgicas podem ser classificadas em “feridas limpas, feridas contaminadas/limpas, feridas contaminadas e feridas sujas/infectadas.”

A primeira classe diz respeito as feridas limpas, pelo que a AESOP (2006, p.53) diz que “a ferida limpa inclui as feridas não traumáticas, sem sinais de inflamação, sem transgressão da técnica asséptica cirúrgica e sem abertura dos tratos respiratórios, digestivo e genito-urinário (...) o risco de infecção é de 1 a 5%.”

Porém, outros autores como Heritage, Evans e Killington (2002, p.232) defendem um risco menor de infecção ao afirmarem que “as feridas limpas que dão acesso a locais estéreis acarretam um risco ligeiro de infecção: geralmente, menos de 1% se infectam.”

No que toca a segunda categoria, importante referir que “se o local da cirurgia se encontra associado a uma flora comensal, o risco de vir a desenvolver uma infecção da ferida operatória subirá para cerca de 1%, na maioria desses locais (que são por vezes designados locais limpos contaminados) (*Ibidem*).”

Essa mesma ideia é defensada por outros autores, porém esses apresentam uma taxa mais elevada do risco de infecção. Assim, a AESOP (2006, p.53) afirma que “a ferida limpa/contaminada inclui feridas não traumáticas em que há abertura dos tratos respiratório, digestivo e genito-urinário, em condições controladas (...) o risco de infecção é de 3 a 11%.”

A terceira categoria corresponde as feridas contaminadas, sendo que Silva e Crossetti (2012, p.183) alegam que “a cirurgia contaminada, aquela em que houve feridas

traumáticas com menos de seis horas, presença de processos inflamatórios sem a presença de pus e infectada, tendem a ter um índice de infecção mais elevado.”

AESOP (2006, p.53) apresenta uma visão semelhante ao afirmar que “a ferida contaminada inclui a ferida traumática recente e as cirurgias com quebra major da técnica asséptica cirúrgica. (...) O risco de infecção é de 10 a 17%.”

No que toca a última categoria, esta remete para as feridas sujas que apresentam o índice de risco mais elevado de adquirir infecção. Enfatiza-se que “a ferida suja ou infectada inclui feridas traumáticas conspurcadas e antigas, com tecido desvitalizado, presença de pus ou vísceras perfuradas (...) o risco de infecção é superior a 27% (*Ibidem*).”

1.1.2. Factores de Risco para as Infecções do Local Cirúrgico

Compreender de que forma os FR condicionam o aparecimento de uma ILC é uma parte fundamental da realização dessa investigação. Pode-se afirmar que existe um grande número de factores que determinam o aparecimento de uma ILC, sendo que Marek e Boehnlein (2007, p.327) afirmam que “uma ferida operatória pode ficar infectada como resultado de factores intrínsecos ao doente, factores que retardam a cicatrização ou por lapso na técnica asséptica efectuada por profissionais de saúde.”

Essa ideia é também defendida por McEwen (2008, p.232) quando afirma que “há muitas causas possíveis de ILC, incluindo susceptibilidade do paciente e gravidade da doença, contaminação microbiana pela microflora do paciente e contaminação exógena da ferida, do ambiente e do pessoal da sala de operações.”

Factores de Risco Intrínsecos

Seguindo essa ordem de pensamentos pode-se observar que os autores se referem sempre a factores intrínsecos e extrínsecos ao utente. Com uma visão semelhante, a AESOP (2006, p.52) realça que “a infecção da ferida cirúrgica pode ser provocada por factores endógenos e exógenos ao doente. Os primeiros referem-se essencialmente ao hospedeiro e às suas condições físicas e psicológicas bem como à existência de patologia associada.”

A tendência mundial para o aumento das doenças crónicas tem representado um grave problema. Constituem um importante FR para ILC nos utentes cirúrgicos. É neste sentido que Lima Gebrim *et al* (2014, p.271) afirmam que:

As doenças crônicas são preocupantes, pois várias afetam a função imunitária do paciente prejudicando a cicatrização. Tais patologias tornam as condições da pele inapropriadas à realização de tricotomia, devido às pequenas lesões, com diminuição da sensibilidade, retardo da cicatrização e dificuldade de oxigenação.

Dando alguma tônica a diabetes *mellitus*, Slaughter *et al* (1993 *apud* Wilson, 2003, p.213) alegam que “a diabetes *mellitus* interfere com a fagocitose realizada pelos glóbulos brancos, provocando aumento geral da susceptibilidade às infecções, e portanto risco acrescido de infecção da ferida operatória.”

Também é importante referir que a existência de problemas que levam ao comprometimento do sistema imunológico aumenta o risco de ILC, pelo que a AESOP (2006, p.53) realça que “os doentes submetidos a terapêutica imunossupressora apresentam uma resposta imunitária deficiente, pelo que, o risco de infecção pode estar aumentado.”

Wilson (2003, p.213) acrescenta que “a terapêutica imunossupressora ou com corticosteróides também deprime a resposta imunitária, permitindo às bactérias multiplicarem-se na ferida.”

É também importante que se dê ênfase a presença de outras infecções no utente cirúrgico, uma vez que essas infecções podem gerar uma ILC. Lima Gebrim *et al* (2014, p.272) asseguram que “a infecção à distância aumenta significativamente o risco de infecção do sítio cirúrgico, ocasionada pelo deslocamento hematológico das bactérias, levando a infecção para a cicatriz cirúrgica, local mais comprometido imunologicamente no pós-operatório.”

Há que se ter em atenção outros problemas associados que podem aumentar significativamente o risco de infecção, sendo que a AESOP (2006, p.53) assegura que “a desnutrição e o consumo de nicotina têm sido relacionados com o prolongamento da cicatrização.”

É de se realçar que o tabagismo acarreta inúmeros problemas que podem levar o indivíduo a desenvolver uma ILC. De acordo com Lima Gebrim *et al* (2014, p.271):

Esclarece-se que em se tratando de tabagismo, o uso prolongado de nicotina pode ser causa de várias doenças e tem uma grande repercussão no sistema vascular. É um potente vasoconstritor levando a uma redução da oxigenação dos tecidos, devido à dificuldade de trocas gasosas nos pulmões. A diminuição da circulação nos tecidos gera uma dificuldade de cicatrização da pele após a cirurgia e assim predispõe o paciente à ISC.

Deixando um pouco de lado o tabagismo e enfatizando o problema da desnutrição, Marek e Boehnlein (2007, p.258) alegam que “como consequência da má

nutrição, o doente tem um risco acrescido de morbilidade e mortalidade e pode ter um desequilíbrio azotado, falência dos mecanismos de coagulação sanguínea, alterações na cicatrização da incisão, infecção, e desequilíbrio electrolítico.”

Outro problema bastante sério tem que ver com o alcoolismo visto que se sabe que o álcool acarreta enormes problemas que podem colaborar no desencadeamento de um processo infeccioso. Deste modo Parsa, Luckey, Christou e Harken (2007 *apud* Lima Gebrim *et al*, 2014, p.272) referem que:

Sabe-se que o etanol é um potente depressor do Sistema Nervoso Central (SNC), além de ocasionar a supressão do sistema imunitário. Outros efeitos deletérios da ingestão crônica de álcool incluem a desnutrição, hipotermia, diminuição da função e contagem de plaquetas, induzindo a redução do fibrinogénio e, conseqüentemente, o comprometimento da cicatrização da ferida.

Outro factor intrínseco ao utente amplamente referido pelos autores consultados é a idade. Entre todos os utentes, as crianças e os idosos apresentam um risco mais expressivo de desenvolver uma ILC, pelo que a AESOP (2006, p.53) alega que “as crianças ainda não possuem o seu sistema imunológico totalmente desenvolvido e os idosos sofrem alterações na imunidade celular e humoral que podem atrasar a capacidade de cicatrização.”

Factores de Risco Extrínsecos

É importante que se dê atenção também aos factores extrínsecos aos utentes, para que se possa determinar o risco de adquirir uma ILC. Assim, “nos factores exógenos podemos incluir a pré-existência de lesões cutâneas e suas características e de factores relacionados com o tipo de cirurgia e técnica cirúrgica (AESOP (2006, p.52).”

Os factores extrínsecos englobam a extensão e duração da intervenção cirúrgica, pelo que Marek e Boehnlein (2007, p.258) realçam que “a extensão e a duração dos procedimentos também podem influenciar as taxas de infecção no pós-operatório.”

Defendendo a ideia acima supracitada, a AESOP (2006, p.54) explica que “a duração da intervenção cirúrgica é um factor de risco de infecção, uma vez que, quanto maior o tempo de exposição dos tecidos, maior a probabilidade de aero-bio-contaminação.”

Ainda referindo-se à questão da duração da cirurgia, esta também influencia na realização das técnicas, uma vez que quanto maior o tempo de cirurgia, maior o cansaço da equipa cirúrgica. Assim Wilson (2003, p.213) afirma que “as técnicas prolongadas também

forneem mais oportunidades para a ocorrência de lesões dos tecidos e falhas na técnica cirúrgica.”

Pode-se também referir que o tipo de cirurgia influencia no risco de ILC, pelo que existem cirurgias com um risco muito mais elevado do que outras. Deste modo a AESOP (2006, p.53) afirma que “cirurgia abdominal, ortopédica, cardio torácica, e qualquer cirurgia com implantes são consideradas cirurgias de risco agravado.”

Por outro lado, Wilson (2003, p.211) alega que “os outros tipos de cirurgia, como a cirurgia ortopédica, têm menos hipóteses de encontrar no seu trajecto bactérias colonizadoras, e o risco de infecção é proporcionalmente mais pequeno.”

Também as cirurgias de urgência apresentam um risco mais elevado uma vez que Ercole *et al* (2011) afirmam que “um estudo sobre infecção mostra que a incidência de ISC parece ser mais alta após cirurgias de urgência, pela gravidade do doente cirúrgico, maior dificuldade envolvendo a técnica cirúrgica e ausência de preparo pré-operatório do paciente.”

Os factores de risco extrínseco podem estar relacionados com a realização de curativo no pós-operatório. Traldi (2004, p.119) acrescenta que “os fatores externos estão relacionados a falhas na técnica de realização do curativo, propiciando o aparecimento de infecção, ou ainda, ao tipo de sutura realizada (...).”

Os internamentos prolongados também constituem factores de risco, uma vez que permitem um contacto mais prolongado do indivíduo com os microrganismos patogénicos do meio hospitalar. Segundo Bolick (2000, p.80) “as internações hospitalares longas e frequentes colocam alguns pacientes em risco particularmente alto de adquirir infecções resistentes aos antibióticos.”

1.2. Mecanismos de Defesa do Organismo

Naturalmente, nem sempre que haja contaminação por microrganismos ocorre infecção devido aos dotados mecanismos de defesa do organismo humano. Visando evitar a invasão e multiplicação dos microrganismos, o organismo humano apresenta os seus mecanismos de defesa. Assim, Nicolette (2008, p.44) diz que o corpo humano possui três linhas de defesa no combate à infecção. A primeira linha de defesa consiste das barreiras externas, como a pele e mucosas, que geralmente são impermeáveis à maioria dos organismos patogénicos.”

Com uma ideia muito semelhante, mas dando ênfase a primeira linha de defesa, Bolick (2000, p.108) alega que “as barreiras externas e mecânicas – tais como a pele, outros órgãos do corpo e secreções – funcionam como primeira linha de defesa do organismo.”

Quando ocorrem danos a integridade da pele, os microrganismos conseguem passar a primeira linha de defesa. Neste sentido Gardner e Frantz (2006, p.105) dizem que “as quebras na pele, incluindo feridas, permitem aos microrganismos aceder a tecidos profundos e estruturas onde eles podem mais rapidamente aderir e multiplicar-se.”

Ainda sim, a invasão dos microrganismos não gera imediatamente uma infecção devido ao deflagro da segunda linha de defesa. De acordo com Bolick (2000, p.108) “se o microorganismo conseguir passar pela primeira linha de defesa – por exemplo, entrando no corpo por uma laceração da pele – os glóbulos brancos e a resposta inflamatória entram em acção.”

Assim, o organismo possui uma segunda linha de defesa que é activada tão logo os microrganismos passem a primeira linha de defesa. Nicolette (2008, p.44) refere que “a segunda linha de defesa é a resposta inflamatória, que impede que um patógeno invasor se reproduza e, possivelmente, envolva outros tecidos.”

A resposta inflamatória é uma resposta complexa que gera muitas mudanças. De acordo com Gardner e Frantz (2006, p.107) “a inflamação aguda é a resposta inicial à invasão tecidular ou lesão e inclui mudanças vasculares pronunciadas e a predominância de polimorfonucleares no local da lesão.”

Ainda assim a resposta inflamatória pode não ser suficiente para evitar uma infecção. Torna-se assim necessário, a resposta de uma terceira linha de defesa, pelo que Nicolette (2008, p.44) defende que “a terceira linha de defesa, a resposta imune, é deflagrada depois da resposta inflamatória. Quando existe uma falha neste mecanismo de defesa, a possibilidade de infecção aumenta.”

1.3. Prevenção e Controlo das Infecções do Local Cirúrgico

Efectivamente os utentes procuram os serviços de saúde porque necessitam de cuidados e esperam dos profissionais de saúde, uma prestação de cuidados de qualidade. Por essa razão, Lopes e Lopes (2008, p.92) asseguram que “o uso dos serviços de saúde pela população não é opcional e sim uma condição necessária à recuperação da saúde, por isso um dos seus principais atributos deve ser a segurança.”

Evidentemente as IPC representam um tipo de IH uma vez que são adquiridas no hospital, resultantes da prestação de cuidados de saúde. As baixas taxas de IPC representam um óptimo indicador da qualidade dos cuidados prestados, pelo que Ercole, Franco, Macieira, Wenceslau, Nascimento de Resende e Chianca (2011, p.7) alegam que “pode-se afirmar que os índices de infecções associadas à assistência são importantes parâmetros da avaliação da qualidade do cuidado prestado ao paciente.”

Ainda que não seja possível eliminar-se completamente as ILC, há que desenvolver medidas eficazes para reduzir a sua taxa de incidência entre os utentes internados. Medeiros *et al* (2003, p. 15-16) afirmam que “embora a eliminação completa da infecção no paciente cirúrgico seja impossível, uma redução na sua incidência para um nível mínimo pode produzir grandes benefícios tanto em conforto para os pacientes quanto em recursos economizados.”

Hoje em dia, os centros hospitalares possuem comissões de controlo de infecção hospitalar no sentido de garantir uma boa vigilância epidemiológica. Heritage, Evans e Killington (2002, p.152) afirmam que “o papel das comissões de controlo da infecção hospitalar consiste em monitorizar os níveis de infecção hospitalar e, quando ocorrem incidentes, estar preparadas para identificar a fonte de infecção e o modo de difusão desta.”

A prevenção e o controlo das ILC constituem medidas de segurança ao utente cirúrgico. O processo de prevenção e controlo das ILC abrange diferentes medidas que devem ser aplicadas pelo conjunto de profissionais que fazem parte do sistema de saúde. Assim Nicolette (2008, p.52) afirma que:

As práticas de controle de infecção envolvem medidas pessoais e administrativas. As medidas pessoais deverão incluir a aptidão para o trabalho e a aplicação de princípios anti-sépticos. As medidas administrativas deverão incluir a provisão de instalações físicas adequadas, suprimentos cirúrgicos apropriados e controles operacionais na área perioperatória.

A prevenção e o controlo das ILC não são da responsabilidade de um único profissional de saúde, mas sim de todas as equipas inter e intra profissionais. Medeiros *et al* (2003, p.16) referem que “a infecção em cirurgia é uma entidade clínica de múltiplos fatores envolvidos, a necessidade de reduzir e controlar a sua incidência determina a aplicação de medidas preventivas, educacionais e de controlo epidemiológico.”

A redução dos dias de internamento é uma boa medida visto que diminui o tempo de contacto do indivíduo com os microrganismos patogénicos do hospital, reduzindo drasticamente o risco de desenvolver uma infecção. Deve-se optar pela hospitalização do doente somente quando tal se justifique. Ercole *et al* (2011) referem que “minimizar o

período de hospitalização antes da cirurgia parece ser uma medida preventiva importante, pois períodos prolongados de internação favorecem a colonização da pele pela microbiota hospitalar.”

Uma boa alternativa, e cada vez mais utilizada mundialmente tem sido as cirurgias ambulatoriais. Marek e Boehnlein (2007, p.248) alegam que “a cirurgia de ambulatório não requer hospitalização e pode ser realizada com anestesia geral, local ou regional. O doente é admitido no dia da cirurgia, fica para os cuidados pós-operatórios, e tem alta dentro de 23 horas.”

As medidas de higienização também são importantes para a prevenção de IH. Essas medidas englobam a arrumação do ambiente hospitalar e a correcta lavagem dos lençóis utilizados pelos utentes no meio hospitalar. De acordo com Bolick (2000, p.114) “a manutenção das condições higiénicas ambientais requer práticas eficazes relacionadas com a limpeza e a arrumação do ambiente, com a lavandaria, com a preparação dos alimentos e com a manutenção da estrutura física do prédio.”

O manuseio correcto das roupas hospitalares pode evitar a transmissão de microrganismos de um utente para outro. Nicolette (2008, p.56) alega que “as roupas de cama sujas com sangue, líquidos orgânicos, secreções ou excreções deverão ser manuseadas de modo a evitar a exposição da pele e mucosa, contaminação das roupas e transferência de microrganismos para outros pacientes, profissionais e para o ambiente.”

1.4. Assistência de Enfermagem Pré-operatória

O período pré-operatório é o período que antecede a intervenção cirúrgica e que tem uma grande importância em todo o percurso operatório do utente. Para Marek e Boehnlein (2007, p.246) “o período pré-operatório começa quando é tomada a decisão de efectuar a intervenção cirúrgica.”

Devido a existência de riscos de complicações associados aos procedimentos cirúrgicas, o período pré-operatório é essencial para uma avaliação correcta desses riscos a fim de se evitar possíveis agravos. Assim, Elkin, Perry e Potter (2005, p.490) alegam que “uma cirurgia é uma experiência stressante para o cliente, tanto psicológica como fisicamente (...) os cuidados pré-operatórios podem reduzir este stress e colocar o cliente nas melhores condições possíveis para enfrentar a cirurgia.”

Por ser um período extremamente importante para o utente cirúrgico, o enfermeiro deve realizar um plano de cuidados tendo em conta as características do utente e da

intervenção cirúrgica. Para Christóforo e Carvalho (2008, p15) “(...) o cuidado prestado ao paciente durante o período pré-operatório deve ser planeado de acordo com a individualidade de cada paciente, baseado em evidências científicas e determinado pelo estado de saúde do paciente, tipo de cirurgia, rotina implantada na instituição (...)”

Em muitos casos, os utentes são internados no hospital antes do dia da cirurgia, pelo que Marek e Boehnlein (2007, p.248) referem que “alguns doentes podem ter de ser hospitalizados um ou mais dias antes da cirurgia, devido ao estado de saúde ou tipo de procedimento.”

O enfermeiro tem uma função importante na prevenção de ILC nos utentes que são hospitalizados antes da intervenção cirúrgica através da prestação de cuidados pré-operatórios adequados. Deve-se proceder a uma preparação pré-cirúrgica adequada, sendo que Elkin, Perry e Potter (2005, p.490) dizem que “em qualquer procedimento cirúrgico é importante que o enfermeiro proceda a uma avaliação pré-operatória completa. Para os clientes já internados, isto pode ser feito na véspera da cirurgia.”

Como já se tinha referido as cirurgias de emergência podem constituir factor de risco para ILC uma vez que não há um preparo pré-operatório adequado. Embora não se consiga realizar um preparo pré-operatório apropriado, deve-se prestar os cuidados mais importantes antes do utente ir ao centro cirúrgico. Marek e Boehnlein (2007, p.248) afirmam que “os mesmos princípios relacionados com os cuidados no pré-operatório aplicam-se a todos os tipos de cirurgia, embora no caso da intervenção cirúrgica de emergência se tenha de fazer alterações devido à limitação do tempo pré-operatório.”

Os planos de cuidados devem ser individualizados, levando em conta as características de cada utente e de cada procedimento cirúrgico. Cada plano de cuidado deve ser específico e não seguir meramente as regras da enfermagem ou serviço em questão. Assim, Christóforo e Carvalho (2008, p18) alegam que “(...) deve-se reflectir sobre o plano de cuidados elaborado no sentido de observar se ele é específico para aquele paciente, bem como para o procedimento cirúrgico a que o paciente vai ser submetido, evitando-se a prática de apenas seguir as regras impostas pela instituição ou prescritas pelo médico.”

1.4.1. Preparação do Utente

A preparação física é uma parte fundamental do período pré-operatório para a diminuição do risco de ILC, pelo que Elkin, Perry e Potter (2005, p.490) asseguram que “a

preparação física centrada na minimização dos riscos da cirurgia e da anestesia visa assegurar ao cliente as melhores condições possíveis.”

A apreciação dos resultados dos exames realizados pelo utente é uma parte fundamental da preparação pré-operatória, sendo que se assegura que faz parte da avaliação pré-operatória “rever os resultados laboratoriais, incluindo hemograma completo, bioquímica, urina e outros exames complementares de diagnóstico” (Elkin, Perry e Potter, 2005, p.493).

Complementando a ideia acima referida Marek e Boehnlein (2007, p.261) asseguram que “antes de o doente ser levado para a cirurgia, fazem-se exames laboratoriais e de diagnóstico. A extensão das análises laboratoriais é determinada pela idade e condição física do doente, tipo de procedimento e anestésico e requisitos da instituição de saúde.”

Os exames que o utente realiza antes da cirurgia são importantes na medida em que fornecem informações úteis acerca do seu estado geral. Deste modo Elkin, Perry e Potter (2005, p.355) referem que “a análise de amostras de urina, fezes, expectoração, sangue e exsudado de lesões fornece informações importantes sobre o funcionamento corporal e contribui para a avaliação do estado de saúde.”

A tricotomia faz parte da preparação física do utente e tem sido um assunto amplamente debatido acerca de quando e como deve ser efectuada, gerando algumas controvérsias. Desta forma Tanner, Norrie e Melen (2011 *apud* Lima Gebrim *et al*, 2014, p.266) referem que “discussões relacionadas às vantagens e desvantagens da tricotomia são comuns nas instituições. Esse procedimento, apesar de desnecessário em várias cirurgias, ainda é utilizado em alguns casos visando à visualização do campo operatório.”

Actualmente muitos autores apoiam a realização mínima de tricotomia e no próprio dia da cirurgia por estar associada a um menor risco de infecção. Assim Wilson (2003, p.215) um dos autores que apoia essa ideia, refere que “quando é essencial não haver pêlos, a melhor atitude é rapar a menor quantidade possível, o mais perto possível da hora da operação.”

É necessário que se realce que antes de se realizar uma tricotomia deve-se fazer uma avaliação detalhada da pele a fim de verificar possíveis sinais que indiquem um risco aumentado de infecção. De acordo com Elkin, Perry e Potter (2005, p.505) “se houver escoriações ou sinais inflamatórios da pele, o risco de infecção da ferida cirúrgica aumenta. Se for necessária a tricotomia, efectua-la na manhã da cirurgia tem sido associado a um menor risco de infecção.”

Outro cuidado pré-operatório muito importante é o banho pré-operatório, uma vez que se defende que este diminui o número de microrganismos na pele antes da cirurgia. Para os utentes que se encontram hospitalizados, isto deve ser feito na manhã da cirurgia. Segundo Wilson (2003, p.214) “as bactérias existentes na pele do doente podem introduzir-se a ferida durante a operação, tem sido defendida a redução das bactérias colonizadoras da pele antes da incisão cirúrgica, como forma de reduzir o risco de infecção.”

1.4.2. Avaliação do Risco de Infecção do Local Cirúrgico

O conhecimento dos FR para ILC é necessário para a triagem dos utentes com maior risco de adquirir uma ILC e criação de condições que minimizem esses mesmos riscos. Nesse sentido convém realçar o que diz Wilson (2003, p.214):

O conhecimento dos factores de base que predispõe à infecção da ferida cirúrgica permite identificar os doentes de maior risco, melhorar o mais possível a resistência dos mesmos às infecções antes da operação, e exercer uma observação mais cuidadosa depois da mesma, para detectar sinais precoces de infecção.

Para que se possa compreender a avaliação do risco, há que se ter em conta primeiramente o conceito deste. Para Bernstein (1997 *apud* Lopes e Lopes, 2008, p.92) o conceito de risco pode ser entendido como “a probabilidade da ocorrência de um evento desfavorável.”

Nesse caso em específico fala-se do risco que o utente tem para adquirir uma ILC, ou seja na probabilidade que se tem de adquirir uma ILC. Gordis (2011, p203) apresenta uma definição semelhante ao afirmar que “o risco pode ser definido como a probabilidade de um acontecimento (tal como o desenvolvimento de uma doença) ocorrer.”

A fase pré-operatória é extremamente relevante para o processo de avaliação do risco de problemas no período operatório. Nessa fase pode-se recorrer ao histórico do utente, tendo acesso aos seus antecedentes de saúde, as características do utente, aos hábitos de vida e a sua história actual de saúde. Marek e Boehnlein (2007, p.250) referem que “o objectivo da avaliação pré-operatório é identificar os indivíduos em risco de complicações intra- e pós-operatórias e implementar intervenções para diminuir o risco e melhorar os resultados cirúrgicos.”

A história de saúde do utente deve ser levantada no pré-operatório de forma a verificar a existência de doenças que afectam o sistema imunitário e que podem retardar a cicatrização da ferida, e consequentemente constituir um FR para ILC.

Sendo a intervenção cirúrgica um processo invasivo, pode-se realçar que existem vários riscos associados a sua experiência. Qualquer utente submetido a uma intervenção cirúrgica apresenta riscos de desenvolver alguma complicação decorrente desse procedimento, podendo se destacar o risco de infecção, uma vez que Boehnlein e Marek (2007, p.305) asseguram que “todos os doentes submetidos a cirurgia têm a possibilidade de adquirir uma infecção. A intervenção cirúrgica destrói algumas das principais defesas do organismo contra infecções.”

O risco de infecção é facilmente identificado por qualquer profissional de saúde, incluindo os enfermeiros, em qualquer utente que será submetido a uma intervenção cirúrgica. É neste sentido que Elkin, Perry e Potter (2005, p.508) realçam que “risco de infecção é o diagnóstico de enfermagem mais adequado para clientes submetidos a procedimentos invasivos.”

Falando-se mais concretamente das ILC, o risco depende muito dos FR anteriormente mencionados. Wilson (2003, p.211) assegura que “o risco de infecção de uma ferida cirúrgica depende de um equilíbrio delicado entre as defesas imunitárias do hospedeiro e o número de bactérias existente na ferida no final da operação.”

Com uma visão semelhante acerca das incisões cirúrgica Elkin, Perry e Potter (2005, p.521) referem que:

O risco de infecção relacionada com a incisão cirúrgica (localização específica) é apropriada quando o cliente tem baixa resistência à infecção por qualquer razão, incluindo condições tais como obesidade, idade avançada, alterações circulatórias, diabetes, imunodepressão, radiação, tabagismo, desidratação, lesões profundas ou em cicatrização por segunda intenção.

É importante que se esclareça que a avaliação do utente não deve ser feita somente no período pré-operatório, uma vez que há FR que só podem ser avaliados após o procedimento cirúrgico. O processo de avaliação dos FR deve ser realizado de forma sistemática e contínua ao longo do período perioperatório. Por esta razão, Marek e Boehnlein (2007, p.250) asseguram que “a avaliação do doente durante o período pré-operatório começa com o contacto inicial entre doente e o enfermeiro, e continua pelo período perioperatório.”

1.5. Assistência de Enfermagem no Pós-operatório Mediato

O período que tem início com a alta da unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) é denominado pós-operatório mediato. Elkin, Perry e Potter (2005, p.51)

asseguram que “a fase II do recobro pós-operatório é o período de convalescença. Este período vai desde que o cliente tem alta da UCPA até ter alta do hospital.”

Após a recuperação na UCPA alguns utentes têm alta e outros permanecem hospitalizados durante alguns dias, dependendo do utente e do seu estado de saúde. Os utentes que têm que ficar internados são transferidos para um serviço de cirurgia. É por essa razão que Marek e Boehnlein (2007, p.319) referem que “um doente que tenha que ficar hospitalizado é transferido da UCPA para a unidade de Cirurgia (...).”

Odom-Forren (2008, p.264) refere que “o quarto do paciente é preparado para a admissão, e qualquer equipamento necessário é providenciado. O paciente é auxiliado a deslocar-se da maca de transporte para a cama. As grades laterais da cama devem ficar elevadas até que o paciente desperte totalmente para evitar quedas.”

Assim que o utente fica sob os cuidados do enfermeiro da UC, deve ser realizada uma avaliação completa desse utente. Isso permite conhecer o estado de saúde do utente cirúrgico e compara-los com as informações registadas na UCPA. Defende-se que “a enfermeira faz uma avaliação imediata tão logo o paciente é transferido para o leito. A enfermeira pode escolher um sistema de avaliação cefalo-caudal. Os parâmetros incluem a condição respiratória, cardiovascular e neurológica (*Ibidem*).”

Os cuidados prestados no período pós-operatório mediato devem respeitar as condições individuais de cada utente, sendo que Elkin, Perry e Potter (2005, p.51) afirmam que neste período “os cuidados de enfermagem devem ser individualizados, de acordo com o tipo de cirurgia, antecedentes clínicos, risco de complicações e tempo de recuperação.”

Esses cuidados devem ser individualizados uma vez que a resposta de cada utente à mesma intervenção cirúrgica é singular. Marek e Boehnlein (2007, p.259) explicam que “cada pessoa responde de modo diferente à experiência cirúrgica. Há uma série de variáveis que influenciam as respostas psicológicas e fisiológicas durante toda a experiência cirúrgica.”

Assim, é necessário que o plano de cuidados elaborados para cada utente seja apropriado para cada utente em específico. Odom-Forren (2008, p.264) realça que “o planeamento para o paciente no pós-operatório exige não só conhecimento das técnicas cirúrgicas, mas também conhecimento do quadro clínico do paciente. Em todo o período de internação do paciente, o planeamento deve sempre envolver a família ou entes queridos, com metas mensuráveis determinadas à alta.”

A avaliação sistemática e correcta dos sinais vitais é uma parte fundamental do acompanhamento do utente no pós-operatório mediato para a detecção precoce de alguma infecção. Um dos sinais vitais a se ter especial atenção é a temperatura que poderá indiciar uma IPC. Elkin, Perry e Potter (2005, p.531) fundamentam que “uma temperatura superior a 37,7° C a partir do terceiro dia pode indicar infecção do local operado, pneumonia ou flebite”

1.5.1. Cuidados com a Incisão Cirúrgica

Durante o período pós-operatório há que se ter um especial enfoque com a cicatrização da ferida, determinando-se o conjunto de intervenções necessárias a uma boa cicatrização da ferida cirúrgica. Elkin, Perry e Potter (2005, p.51) alegam que “para promover a cicatrização da incisão cirúrgica, são necessários cuidados específicos.”

Outros autores consultados realçam a existência de inúmeras funções do curativo. Traldi (2004, p.120) fundamenta essa ideia ao afirmar que os objectivos do curativo incluem:

Proporcionar um ambiente fisiológico favorável à cicatrização, o que significa dizer evitar a contaminação em feridas assépticas; reduzir a infecção em feridas sépticas; facilitar a drenagem da secreção, quando houver; em casos especiais, acelerar a hemostasia na forma de curativo compressivo; proteger a ferida; absorver as secreções; minimizar acúmulos de fluidos por compressão e imobilizar.

A quantidade de exsudado da ferida operatória determina a frequência de troca de pensos Wilson (2001, p.224) diz que “a frequência da mudança do penso deve ser orientada pela quantidade de exsudado.”

Evidentemente o tipo de curativo é influenciado também pelo tipo de fechamento da ferida cirúrgica. O cirurgião determina o tipo de fechamento da ferida cirúrgica de acordo com alguns factores. McEwen (2008, p.228) defende essa ideia ao afirmar que “a quantidade de perda tecidual, a existência de contaminação ou infecção e o dano ao tecido são alguns factores que determinam o tipo de fechamento da ferida seleccionado pelo cirurgião.”

Geralmente as feridas cirúrgicas cicatrizam-se por primeira intenção porque não há perda de tecido, as bordas da ferida são próximas e ocorrem sob condições estéreis. É nesse sentido que Boehnlein e Marek (2007, p.306) asseguram que “a cicatrização de feridas por primeira intenção ocorre na maioria das incisões cirúrgicas.”

O enfermeiro deve saber quando é que deve ser feita a troca do primeiro penso, sendo defendido que não deve ser feito antes das 48h após a cirurgia. Assim Wilson (2001, p.223) alega que “o primeiro penso não deve ser removido nas primeiras 48 h, dado o risco de as bactérias entrarem para a ferida, a partir da pele adjacente, enquanto a superfície da sutura não estiver encerrada.”

1.5.2. Limpeza da Ferida Cirúrgica

Como já se tinha referido, antes de se realizar o curativo da ferida operatória, deve-se executar uma avaliação rigorosa do local cirúrgico visando determinar as intervenções de enfermagem mais adequadas. Baranoski e Ayello (2006, p.152) asseguram que “uma avaliação completa da ferida deve ser um elemento condutor em todas as decisões de tratamento.”

Os vários autores consultados sustentam a ideia de que a escolha do curativo deve ser feita com base nas características do utente, da ferida cirúrgica e do local. Assim McEwen (2008, p.240) afirma que “os curativos são seleccionados com base nas características do local cirúrgico, da profundidade e da área, e na condição global do paciente.”

Em Cabo Verde, tal como outros em outros países, utiliza-se ainda em grande escala os pensos feitos com gazes, sendo que Baranoski e Ayello (2006, p.172) afirmam que “a gaze permanece ainda como o penso habitualmente mais utilizado.”

Esse tipo de penso ainda é amplamente utilizado, embora esteja ligado a infecções em feridas. Defende-se que “os estudos clínicos têm mostrado maiores taxas de infecção em feridas para as quais são utilizadas pensos de gazes quando comparadas com feridas cobertas com filmes transparentes ou hidrocóloides (*Ibidem*).”

A lavagem adequada das mãos é uma importante medida de prevenção de infecções, sendo necessário que o enfermeiro faça a lavagem das mãos antes de manusear a ferida operatória. É neste sentido que Elkin, Perry e Potter (2005, p.533) asseguram que “a lavagem cuidadosa das mãos e procedimentos de controlo da infecção, relacionados com os cuidados à incisão cirúrgica, minimizam o risco de infecção nosocomial.”

Se o enfermeiro decidir fazer o curativo somente com luvas, deve optar pelo uso de luvas estéreis. Traldi (2004, p.133) realça que “as pinças podem ser dispensadas nos curativos quando a opção for pela realização de procedimentos com as mãos enluvadas. Nestes casos, utilizar luvas estéreis.”

No caso de se optar por utilizar pinças, deve-se usar luvas descartáveis, uma vez que Wilson (2001, p.225) afirma que “o uso de luvas descartáveis reduz o risco de transportar bactérias nas mãos, mas mesmo assim estas devem ser lavadas antes e depois de fazer pensos.”

Durante o curativo deve-se criar um campo estéril mantendo todos os objectos e instrumentos estéreis dentro. Os objectos que não estão estéreis não devem entrar em contacto com a ferida operatória, luva estéril do enfermeiro ou pinça utilizada no curativo. Nicolette (2008, p.75) diz que “apenas objectos estéreis são usados dentro do campo estéril (...) os objectos com esterilidade duvidosa devem ser considerados não-estéreis.”

Complementando as ideias acima citadas, Odom-Forren (2008, p.264) diz que “a enfermeira deve usar uma técnica rígida de assepsia ao fazer um novo curativo e monitorar sinais e sintomas de infecção (p. ex., temperatura corporal elevada; área edemaciada, eritematosa em torno da incisão; elevação do número de leucócitos; taquicardia; e drenagem purulenta na ferida.”

Quando se efectua o curativo deve-se ter em conta o uso de anti-sépticos adequados e a limpeza correcta da incisão cirúrgica. Deste modo Elkin, Perry e Potter (2005, p.533) defendem que “para limpar, são usadas compressas com anti-sépticos, começando na área mais limpa, de modo a evitar a transmissão de microrganismos de uma área para outra.”

Uma medida importante de prevenção de ILC é a correcta esterilização dos materiais que são utilizados nas trocas de curativos. Assim, Heritage, Evans e Killington (2002, p.153) realçam que “tudo aquilo que entra em contacto com o doente é considerado como contaminado, sendo esterilizado antes de ser devolvido ao seu uso habitual.”

No entanto a par da esterilização devem ser utilizadas outras medidas, uma vez a esterilização por si só não assegura a eliminação total da carga biológica. Segundo Nicolette (2008, p.58) “a eficácia do processo de esterilização depende, em parte, da diminuição ou limitação da quantidade da carga biológica presente no artigo a ser esterilizado. Os artigos a serem esterilizados devem ser pré-limpos para diminuir a carga biológica até o menor nível possível.”

1.5.3. Cuidados com os drenos

Nas feridas cirúrgicas que contém uma quantidade considerável de exsudado que podem interferir com a cicatrização é introduzido um ou mais drenos. O enfermeiro deve

estar atento as características do líquido drenado e da pele circundante, visando observar possíveis sinais inflamatórios. Esta concepção é fundamentada por McEwen (2008, p.244) que afirma que “algumas feridas produzem quantidades importantes de drenagem e devem ser monitoradas estreitamente durante o curso pós-operatório.”

Existem muitas controvérsias quanto a introdução de drenos nas feridas operatórias. Por um lado, Wilson (2003, p.218) afirma que “(...) os drenos facilitam a cura da ferida, prevenindo a formação de hematomas.”

Por outro lado, afirma-se que a introdução de drenos nas feridas operatórias aumenta o risco de ILC. “Uma desvantagem dos drenos de feridas é que eles criam uma porta de entrada e saída de microrganismos infecciosos (McEwen, 2008, p.244)”

A utilização de drenos ligados a sacos colectores ou frascos é preferível à utilização de drenos abertos, uma vez que a entrada de microrganismo para a ferida operatória é minimizada. Essa ideia é fundamentada por Wilson (2003, p.218) que afirma que “se necessário, pode aplicar-se um sistema de drenagem fechado, por exemplo drenando directamente para um saco ou frasco colector, uma vez que isso reduz o risco de entrada de bactérias para a ferida.”

A limpeza do local da inserção deve ser realizada de forma adequada, evitando-se a contaminação da ferida cirúrgica pelos microorganismos provenientes do dreno. Traldi (2004, p.133) refere que “nas lesões com drenos, a limpeza da inserção deve ser realizada com movimentos circulares, utilizando as duas faces da gaze, trocando quantas vezes forem necessárias.”

1.5.4. Detecção e Tratamento de uma Infecção do Local Cirúrgico

A monitorização regular da ferida operatória é fundamental para se detectar a presença de sinais de infecção. Isto deve ser feito sempre aquando da realização do curativo. Wilson (2001, p.225) refere que “as feridas cirúrgicas devem ser inspeccionadas regularmente à procura de sinais de infecção, de forma a dar início imediato a terapêutica antimicrobiana.”

O exame do local cirúrgico é essencial para a avaliação dos sinais objectivos de inflamação, sendo que Gardner e Frantz (2006, p.110) afirmam que “podem ser detectados pela observação directa da ferida e da área perilesão ou referidos pelo paciente.”

O aparecimento dos sinais de infecção alguns dias após a intervenção cirúrgica não descarta a possibilidade da ferida operatória ter sido contaminada durante a cirurgia.

Alguns autores afirmam mesmo que a maioria das ILC são geradas durante o procedimento cirúrgico. Wilson (2003, p.218) defende essa concepção quando afirma que “embora os primeiros sinais de infecção na ferida cirúrgica apareçam no pós-operatório, em geral 4-10 dias depois da operação, a maioria destas infecções teve origem durante a operação.”

A resposta inflamatória é facilmente identificada devido aos sinais gerados, sendo que Bolick (2000, p.109) diz que “a inflamação produz quatro sinais e sintomas fundamentais: rubor, edema, calor e dor. Os três primeiros devem-se a vasodilatação, a vazamento de líquidos para os espaços extravasculares e ao bloqueio da drenagem linfática.”

A dor é sempre referida pelos utentes aquando de uma inflamação no local cirúrgico. O mesmo autor acrescenta que “a dor é devida a distensão dos espaços teciduais causada pelo edema e pela compressão e irritação química dos nociceptores (receptores da dor) (*Ibidem*).”

A inflamação no período pós-cirúrgico é normal, desde que não haja prolongamento da inflamação para além dos 5 dias. De acordo com Gardner e Frantz (2006, p.109) “o tempo normal de para inflamação associada com o evento que lesa (por exemplo, um procedimento cirúrgico) é de 3 a 5 dias.”

Há que se ter em conta também a existência de exsudado e outros achados, bem como estar atento a temperatura corporal do utente. Nesse sentido, Elkin, Perry e Potter, (2005, p.535) realçam que “após o terceiro dia de pós-operatório sinais inflamatórios e temperatura corporal acima de 37,7°C, com ou sem exsudado aparente, indica possível infecção da incisão.”

A presença de exsudado purulento não indica obrigatoriamente infecção, uma vez que o exsudado purulento pode indiciar uma colonização da ferida sem haver infecção. Segundo Gardner e Frantz (2006, p.128) “o exsudado purulento tanto pode ser observado numa ferida colonizada como numa ferida infectada.”

A cultura do exsudado pode ser importante para detecção de uma ILC, porém não indique obrigatoriamente a presença de infecção. Wilson (2003, p.225) defende essa mesma ideia ao afirmar que “o facto de se isolarem microrganismos na zaragatoa da ferida, enviado para cultura, não indica necessariamente que esta esteja infectada.”

Assim, o diagnóstico de ILC pode ser evidenciado pelos sinais e sintomas de infecção e através das culturas das feridas operatórias. De acordo com Gardner e Frantz

(2006, p.110) “na prática, a infecção de feridas é identificada e o diagnóstico baseado em sinais clínicos e sintomas de infecção ou nos resultados das culturas da ferida.”

A fim de se diagnosticar precocemente uma ILC e facilitar a recuperação do utente quando este apresenta sinais objectivos de infecção, o enfermeiro deve comunicar os achados ao cirurgião para que este possa requisitar exames de diagnóstico. Assim Marek e Boehnlein (2007, p.338) asseguram que “as dados laboratoriais a avaliar são o hemograma completo para detectar um aumento do leucograma e os resultados da cultura do exsudado da ferida operatória para detectar o desenvolvimento de microrganismos.”

A cultura do exsudado e o teste de sensibilidade podem ser essenciais para o diagnóstico e tratamento da infecção. O primeiro é importante para a determinação do tipo de microrganismo causador da infecção e o segundo é indispensável para a escolha do antibiótico certo. Corroborando essa ideia, Elkin, Perry e Potter (2005, p.533) alegam que “o tipo de organismo causador de infecção pode ser revelado por cultura do exsudado da incisão. Testes de sensibilidade indicam qual o antibiótico eficaz para aquele microorganismo específico.”

Existe uma grande variedade de antibióticos disponíveis, porém se defende que “as feridas infectadas devem ser tratadas com antibióticos por via sistémica (Wilson, 2003, p.225).”

Além da administração de antibióticos e da realização dos curativos há uma variedade de cuidados que devem ser prestados ao utente a fim de aumentar a resistência do utente. Nesse sentido, Gardner e Frantz (2006, p.120) ressaltam que:

Uma atenção sensata para reestruturar um aporte sanguíneo adequado, um funcionamento de suporte nutricional, uma manutenção do controlo glicémico, uma redução do edema e a protecção de forças mecânicas no tecido lesado são factores que ajudarão a restaurar o equilíbrio entre a resistência do hospedeiro e os microrganismos.

Com essa revisão bibliográfica inicial conseguiu-se compreender os conceitos relacionados a infecção do local cirúrgico, definindo-se conceitos como infecção pós-cirúrgica e infecção hospitalar. Foi possível compreender também o desenvolvimento de uma ILC, medidas de prevenção e controlo e assistência de enfermagem nos períodos e pós-operatório para prevenção e/ou minimização dos factores de risco para ILC. Conhecendo esses conceitos, torna-se mais fácil entender a análise dos dados obtidos que se encontra exposta na fase empírica.

CAPÍTULO II: Fase Metodológica

2. Percurso Metodológico

A realização deste trabalho dividiu-se em duas importantes fases que decorreram entre Outubro de 2014 e Julho de 2015. Na primeira fase elaborou-se o projecto do Trabalho de Conclusão de Curso que começou com a escolha do tema e a elaboração da respectiva justificativa. Foi também feita o levantamento da problemática da investigação que se encontra explicada na Fase Conceptual do trabalho.

Nessa fase foi também necessária a elaboração da pergunta de partida, objectivo geral, objectivos específicos e hipóteses do estudo. A escolha do tipo de estudo e da abordagem pretendida, instrumentos de recolha de informações e determinação da população alvo revelou-se também necessária. A elaboração de cada item foi feita de acordo com um cronograma (apêndice 1) elaborado durante a fase de realização do projecto do trabalho.

Iniciou-se a realização de uma breve revisão da literatura acerca do tema, dos descritores e da problemática levantada. Essa revisão inicial da literatura teve por objectivo pesquisar as informações pretendidas a fim de se avaliar em que estado se encontrava os conhecimentos relacionados ao tema. É neste sentido que Fortin (2009, p.86) afirma que “a revisão inicial da literatura consiste em inventariar, com a ajuda de técnicas de pesquisa documental, a informação respeitante à questão preliminar que foi enunciada, tendo em vista saber o que foi escrito sobre o tema e adapta-lo ao estado actual dos conhecimentos.”

Na segunda fase da investigação houve a necessidade de se concluir a fundamentação teórica iniciada no projecto do trabalho. A revisão das teorias ligadas ao tema em estudo mostrou-se extremamente importante para que se pudesse determinar o nível de conhecimentos actuais ligados a problemática levantada por esta investigação.

Dessa forma fez-se uma pesquisa documental relacionada com o tema em estudo, em livros dispostos em diferentes Bibliotecas na ilha de São Vicente. Foram também realizadas pesquisas em artigos e revistas científicas dispostos em bases de dados da *internet* como a SCIELO e a RCAAP utilizando expressões importantes como factor de risco, assistência de enfermagem, infecção do local cirúrgico, pré-operatório e pós-operatório mediato. Durante a pesquisa de documentos optou-se por seleccionar as bibliografias mais actuais encontradas, optando-se por escolher as bibliografias disponíveis em um intervalo de 2000 a 2014.

2.1. Tipo de Estudo

A investigação científica possibilita aos investigadores a busca de conhecimentos através da colocação de questões e definição de métodos para responder às questões colocadas, visando encontrar as respectivas respostas. Assim, Fortin (2009, p.5) refere que “a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.”

A metodologia tem uma enorme importância para a investigação científica, sendo que é através dela que se define quais os métodos que serão utilizados de forma sistemática no trabalho a fim de garantir resultados mais credíveis possíveis. De acordo com Prodanov e Freitas (2013, p.14) “a metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade.”

Para se dar resposta a pergunta de partida, optou-se por utilizar uma abordagem quantitativa. É pertinente referir que o método quantitativo permite uma avaliação mais objectiva dos fenómenos. De acordo com Fortin (2009, p.27) o método quantitativo “caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos.”

Evidentemente o objectivo do trabalho é quantificar os factores de risco associados à infecção do local cirúrgico, uma vez que a pergunta de partida começa com a expressão “Quais”. A abordagem quantitativa revelou-se o melhor método para dar resposta à pergunta de partida, e verificação das hipóteses levantadas, uma vez que ambas remetem para a mensurabilidade dos factores de risco para infecção do local cirúrgico.

Este estudo também apresenta um carácter descritivo-correlacional uma vez que se descreveu e se explorou relações entre variáveis, nomeadamente estabeleceu-se uma relação entre os factores de risco identificados e a incidência de infecções do local cirúrgico. Primeiramente descreveu-se os factores de risco existentes entre os utentes internados no serviço de cirurgia e depois tentou-se compreender a sua relação com a incidência de infecção do local cirúrgico.

2.2. População e amostra

A população é o conjunto de elementos que possuem características em comum e da qual se pretende retirar conclusões, pelo que Hill e Hill (2005, p.41) salientam que “ao

conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de População ou Universo.” Para esta investigação determinou-se como população alvo todos os utentes intervencionados cirurgicamente internados no serviço de cirurgia do HBS entre Abril e Junho de 2015.

Não sendo possível estudar toda a população estudou-se somente uma parte desta denominada amostra, com o objectivo de posteriormente estender-se os resultados a toda a população. A amostra foi constituída por 24 utentes submetidos à cirurgia internados no serviço de cirurgia entre Abril e Junho de 2015.

2.3. Processo de amostragem

Para esta investigação utilizou-se como método de amostragem, a amostragem não casual, por conveniência. Esse método foi escolhido por se mostrar o mais apropriado, devido as dificuldades e barreiras encontradas durante a investigação.

Primeiramente não foi possível determinar com precisão o tamanho da amostra uma vez que os sistemas de registos do HBS são ainda incompletos. Após se recorrer a base de dados da enfermaria de cirurgia, do centro cirúrgico e do serviço de estatística do HBS, não se conseguiu obter registos do número de utentes intervencionados cirurgicamente que ficam hospitalizados na enfermaria de cirurgia.

Por outro lado, teve que se inquirir todos os utentes que se enquadravam nos critérios de inclusão da investigação visto que havia uma quantidade muito expressiva de utentes não possuíam os critérios de inclusão. Essa fatia foi constituída por utentes analfabetos e utentes com alteração do padrão de comunicação, o que não os permitia ler e compreender o questionário elaborado.

Porém, a amostra determinada é representativa da população uma vez que as características da amostra são semelhantes as da população alvo, tendo sido levado em conta o sexo, o tipo de cirurgia e a especialidade implicada.

Os critérios de inclusão são delineadas com o objectivo de determinar as características que se deseja encontrar. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes:

- Idade superior a 18 anos;
- Compreensão do questionário para participação voluntária no trabalho de investigação;

Optou-se por inquirir indivíduos acima dos 18 anos por ser considerado como a maioridade, pois nesta fase o indivíduo já é capaz de se responsabilizar pelas suas atitudes e pelas suas respostas, sendo ele responsável por determinar se deseja ou não participar da investigação.

Preferiu-se inquirir utentes alfabetizados com o intuito de lerem e compreenderem o questionário antes de responder às perguntas. Essa foi uma importante medida que mostra o respeito pelo participante visto que ao participar da investigação, este deve conhecer o estudo e conhecer o que responde.

Os critérios de exclusão são delineados com o objectivo de definir os indivíduos que não farão parte da investigação. Assim, os critérios de exclusão definidos para esta investigação foram:

- Utes hospitalizados que foram submetidos a intervenção cirúrgica da especialidade de Otorrinolaringologia;
- Utes analfabetos;

Os utentes submetidos à cirurgia de otorrinolaringologia foram excluídos da investigação por representarem uma percentagem muito pequena dos utentes que ficam hospitalizados no serviço de cirurgia e por serem maioritariamente constituídas por crianças. Os utentes analfabetos não participaram da investigação por não conseguirem ler e compreender as perguntas elaboradas no questionário.

2.4. Aspectos Ético e Legais

A ética engloba o conjunto de atitudes considerados correctos que devem ser tidos em conta ao longo da investigação, para salvaguardar o respeito aos direitos de todos os intervenientes. Prodanov e Freitas (2013, p.45) realçam que “ética na pesquisa indica uma conjunção de conduta e de pesquisa, o que traduzimos conduta moralmente correcta durante uma indagação, a procura de uma resposta para uma pergunta.”

É de extrema importância que se tenha em conta os direitos e a privacidade de todos os intervenientes no processo de investigação. Para Fortin (2009, p.180) “quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa.”

Foram seguidas todas as regras necessárias, sendo que a investigação no campo clínico só se iniciou com autorização do HBS. Essa autorização foi concebida mediante a entrega de um requerimento elaborado pela pesquisadora (apêndice 2) a par de um

requerimento elaborado pela coordenação do curso de enfermagem (anexo 1) à Superintendência de Enfermagem e Comissão de Ética do HBS no dia 15 de Janeiro de 2015.

Respeitou-se a identidade e a privacidade de todos os utentes inquiridos, sendo que em nenhum momento se revelou as suas identidades nem dados pessoais. No questionário foram somente caracterizados pelo sexo, faixa etária, ocupação e ilha de residência. No questionário elaborado (apêndice 3), não se deixou espaço para se escrever o nome ou outra qualquer identificação que pudessem levar aos intervenientes.

Importante ainda referir que no questionário havia uma nota introdutória onde se explicava aos utentes o objectivo da sua aplicação e da investigação com o intuito de esclarecer os participantes e fazer com que a sua participação fosse consciente, voluntária e esclarecida.

2.5. Instrumento de Recolha de informações

É indispensável a escolha de um instrumento de recolha de informações para qualquer trabalho de investigação. Optou-se por escolher como instrumento de recolha de informações o questionário. Fortin (2009, p.380) afirma que “o questionário tem por objectivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.”

Foi utilizado o questionário porque é um instrumento que permite estudar um fenómeno recorrendo-se a quantificação de variáveis. O objectivo deste estudo é quantificar as variáveis em estudo, e não estudá-las em profundidade. É um instrumento que permite a recolha variada de informações num curto espaço de tempo com pouco gasto de recursos financeiros e materiais.

O questionário foi dividido em 4 partes estritamente necessários para a avaliação dos factores de risco maioritariamente associados aos utentes submetidos a cirurgia. A primeira parte se refere as características dos indivíduos, enquanto que a segunda parte remete para os hábitos de vida dos mesmos. A terceira parte tem que ver com a história de saúde do indivíduo, e por fim, a última parte se dirige à história do internamento actual.

Sentindo-se a necessidade de utilizar um método de recolha de informações complementar, foi utilizada a observação estruturada mediante o uso de um guião de observação (apêndice 4). Foi utilizada um guião de observação aplicado aos utentes, visando observação das características das feridas cirúrgicas dos utentes inquiridos. O

objectivo da observação era avaliar as feridas cirúrgicas dos utentes inquiridos para observar possíveis sinais de ILC. Este guião revelou-se importante para determinar a incidência de infecção do local cirúrgico, e posteriormente, relaciona-los com os factores de risco encontrados.

Foi utilizada outro guião de observação (apêndice 5) aplicado aos enfermeiros do serviço de Cirurgia, visando observar as intervenções de enfermagem realizadas no pré e no pós-operatório mediato. O objectivo dessa observação era identificar a frequência das intervenções de enfermagem no pré e no pós-operatório mediato na enfermaria de cirurgia.

Antes da aplicação do questionário foi realizado um pré-teste, com aplicação a alguns utentes, conhecidos, enfermeiros e estagiários de enfermagem com o intuito de averiguar se a linguagem utilizada foi a mais adequada. Findo o pré-teste, a recolha de informações teve início no serviço de Cirurgia no mês de Abril e decorreu até meados de Junho de 2015, tendo sido inquiridos 24 utentes.

2.6. Caracterização do meio de pesquisa

Esta investigação foi realizada no HBS, mais concretamente na enfermaria de Cirurgia, um serviço que apresenta quatro especialidades, sendo elas a cirurgia geral, a urologia, a cirurgia plástica e a otorrinolaringologia. É composto por 5 enfermarias constituídas por 7 leitos cada, 1 sala de isolamento composta por 2 leitos, 1 sala de isolamento com 1 leito e 1 sala de queimados com 2 leitos, perfazendo um total de 40 leitos.

Este serviço apresenta um corpo de enfermeiros composto por 13 enfermeiros, sendo 1 enfermeira-chefe e 12 enfermeiros de turno distribuídos em quatro equipas compostas por 3 enfermeiros cada. Durante a investigação, esteve a decorrer uma experiência piloto com a enfermagem de proximidade, sendo que a enfermaria estava dividida em três secções sendo cada enfermeiro de turno responsável por uma secção.

CAPÍTULO III: Fase Empírica

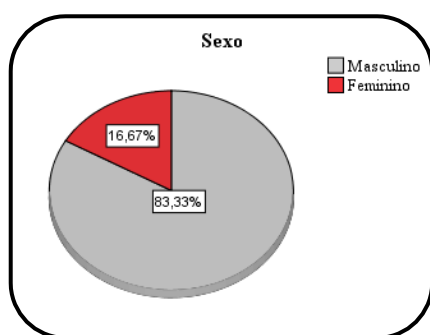
3. Tratamento, Análise e Apresentação dos Resultados

Uma vez terminada a recolha de informações torna-se necessário organizar e tratá-las de forma a convertê-los em dados. Neste capítulo dedicar-se-á ao tratamento e análise dos dados obtidos, e posterior apresentação dos resultados encontrados. Para o tratamento e análise descritiva das informações encontradas foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.

3.1. Análise do Inquérito Aplicado

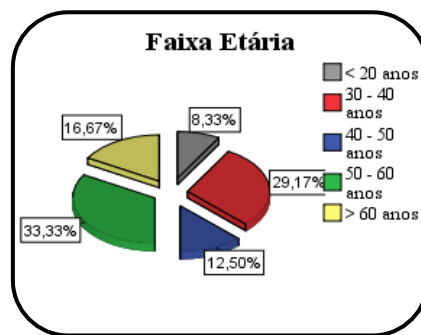
Durante a recolha de informações houve a necessidade de caracterizar todos os participantes. Estes foram caracterizados quanto ao sexo, faixa etária, ocupação e ilha de residência. Foram escolhidas essas características por serem as que melhor permitem verificar a semelhança com a população alvo.

Gráfico 1 – Sexo dos inquiridos



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2 – Faixa Etária dos inquiridos

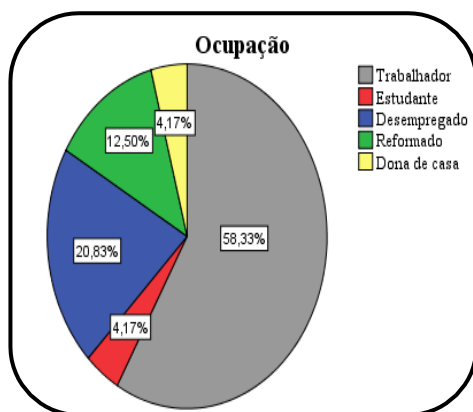


Fonte: Elaboração própria

Pode-se observar através do gráfico 1 que a amostra foi constituída por 83,33% de utentes do sexo masculino (20 utentes) e 16,67% de utentes do sexo feminino (4 utentes). Essa grande discrepância entre os utentes do sexo masculino e feminino deve-se ao facto de, como já se tinha referido anteriormente, os homens serem internados com maior frequência na enfermaria de Cirurgia, e consequentemente, serem submetidos com maior frequência à cirurgias.

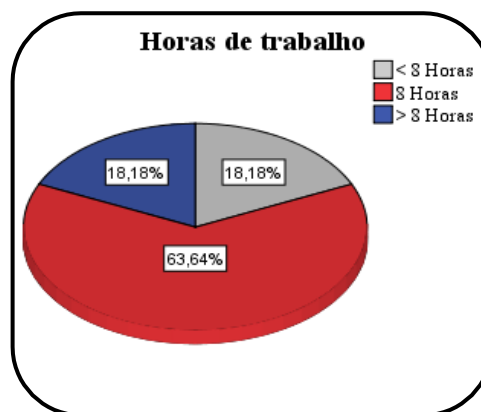
Foram inquiridos 2 utentes com menos de 20 anos (8,3%), 7 utentes entre 30 e 40 anos (29,17%), 3 entre 40 e 50 anos (12,5%), 8 entre 50 e 60 anos (33,33%) e 4 com mais de 60 anos (16,67%) de acordo com o gráfico 2. 18 anos foi a idade mínima e 74 anos a idade máxima registada, sendo a média das idades encontrada 46, 58 anos.

Gráfico 3 – Ocupação dos inquiridos



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 4 – Horas de trabalho

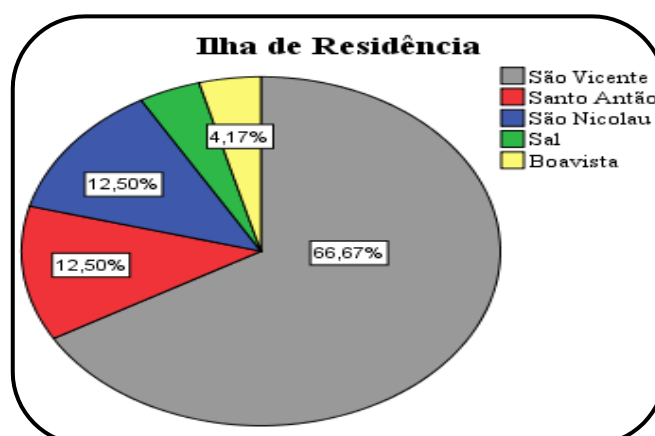


Fonte: Elaboração própria

A maior parte dos utentes inquiridos são trabalhadores, o que pode ser confirmado pelo gráfico 3 onde se apresenta a ocupação dos participantes. Os utentes trabalhadores correspondem a 58,3% dos inquiridos (14 utentes). Houve apenas 1 utente estudante e 1 utente dona de casa, equivalendo cada um a 4,2% dos inquiridos. Quanto aos restantes 8 utentes, 5 estão desempregados (20,8%) e 3 são reformados (12,50%).

De acordo com o gráfico 4, dos 14 utentes trabalhadores é necessário apontar que 3 não responderam quantas horas trabalham diariamente. Quanto aos outros 11 utentes trabalhadores, 7 afirmaram que trabalham 8 horas diariamente, 2 referiram que trabalham menos que 8 horas diário e 2 asseguraram que trabalham mais que 8 horas por dia.

Gráfico 5 – Ilha de Residência dos inquiridos



Fonte: Elaboração própria

O gráfico 5 que apresenta a ilha de residência dos utentes inquiridos evidencia que a maior parte dos participantes residem na Ilha de São Vicente. Isto deve-se ao facto de

que 16 dos inquiridos afirmaram residir na ilha de São Vicente, o que corresponde a uma percentagem de 66,6% dos inquiridos. 3 utentes (12,5 %) disseram que moram em Santo Antão e 3 (12,5%) em São Nicolau. Dos restantes 2 utentes, 1 afirmou residir na ilha do Sal e o outro na ilha da Boavista.

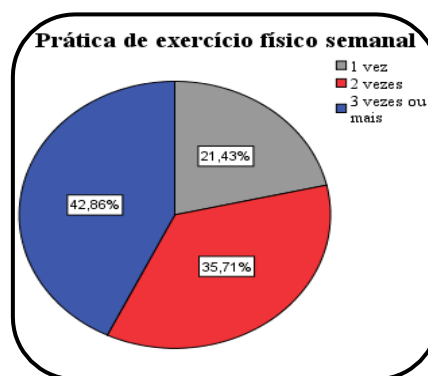
A avaliação dos hábitos de vida dos utentes inquiridos mostrou-se muito importante para a apreciação de possíveis factores de risco. Durante a aplicação do questionário, foram questionados acerca da prática de exercício físico, alimentação, ingestão de água, tabagismo e ingestão de álcool.

Gráfico 6 – Prática de exercício físico



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 7 – Exercício físico semanal

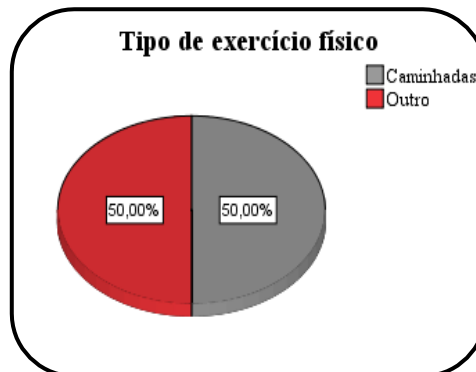


Fonte: Elaboração própria

De acordo com as respostas dos inquiridos (gráfico 6), 14 praticam exercício físico regularmente (58,33%) e 10 não praticam exercício físico (41,67%). É pertinente referir que a percentagem de utentes que não praticam exercício é elevada, uma vez que 10 utentes referiram não praticar nenhum tipo de actividade física. Isso constitui um factor de risco para o desenvolvimento de doenças, que possam vir a constituir factores de risco para o desenvolvimento de uma ILC.

Dos 14 utentes que afirmaram que praticam exercício físico (gráfico 7), 21,43% disseram que o fazem 1 vez por semana, 35,71% disseram que praticam 2 vezes semanal e 42,86% afirmaram que praticam 3 vezes ou mais numa semana.

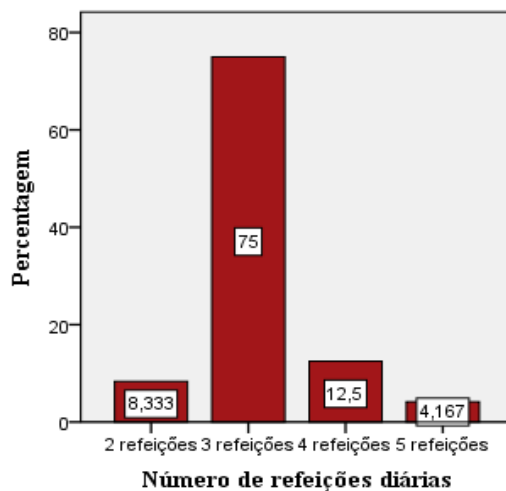
Gráfico 8 – Tipo de exercício praticado pelos inquiridos



Fonte: Elaboração própria

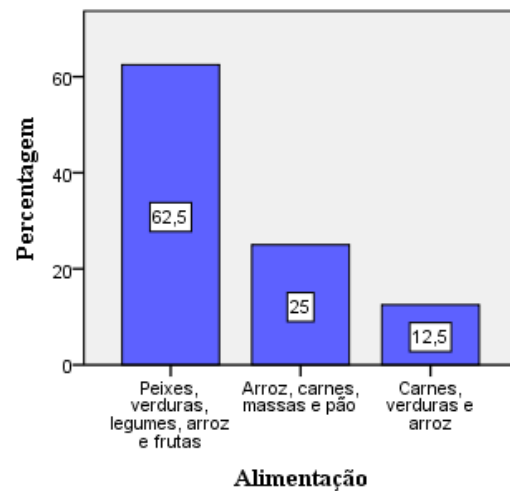
O gráfico 8 demonstra que 50% dos utentes que praticam exercício físico, fazem caminhadas. Os restantes 7 utentes referiram praticar outros tipos de exercício físico, como futebol, culturismo e atletismo.

Gráfico 9 - Número de refeições diárias



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 10 – Alimentação dos inquiridos



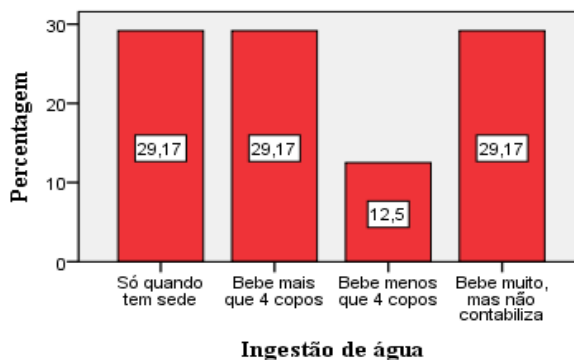
Fonte: Elaboração própria

O gráfico 9 representa o número de refeições diárias dos utentes, sendo que a maioria afirmou que tem 3 refeições diárias equivalendo a 75% dos inquiridos (18 inquiridos). Dos restantes utentes, 12,5% asseguraram que têm 4 refeições diárias, 8,3% alegaram que têm apenas 2 refeições diárias e somente 1 utente revelou que consome 5 refeições diárias.

O gráfico 10 evidencia claramente que a maioria dos utentes apresenta uma alimentação baseada em peixes, verduras, arroz e frutas, sendo que 62,5% dos inquiridos

disseram ter uma ingestão mais frequente desses alimentos. 25% dos utentes asseguraram que têm uma alimentação baseada em arroz, carnes, massas e pão. Os restantes 12,5% afirmaram que apresentam uma alimentação baseada em carnes, verduras e arroz.

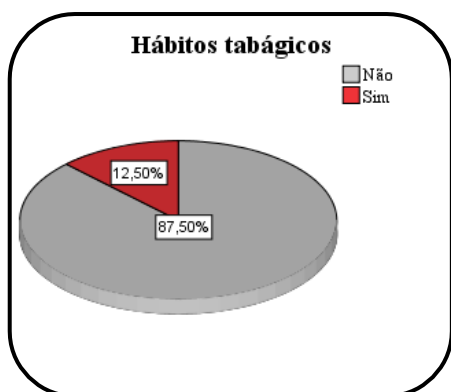
Gráfico 11– Quantidade de água ingerida pelos inquiridos num dia



Fonte: Elaboração própria

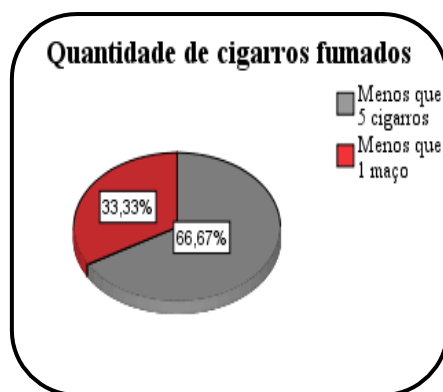
O gráfico 10 representa a quantidade de água ingerida pelos utentes diariamente. 7 disseram que ingerem água somente quando têm sede, 7 referiram que ingerem mais que 4 copos de água por dia e 7 afirmaram que bebem muito, mas não contabilizam. Os restantes 12,5% dos utentes que se representam por 3 utentes, disseram que bebem menos que 4 copos diariamente.

Gráfico 12 – Hábitos tabágicos



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 13- Quantidade de cigarros fumados

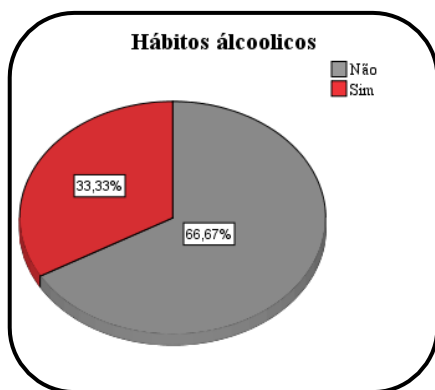


Fonte: Elaboração própria

Questionados quanto a possíveis hábitos tabágicos (gráfico 12), a grande maioria correspondente a 87,5% dos utentes afirmaram que não têm hábitos tabágicos. Somente 12,5% dos utentes asseguraram ser tabagistas. De acordo com o gráfico 13 que apresenta a quantidade de cigarros fumados, 2 utentes afirmam que fumam menos que 5 cigarros por

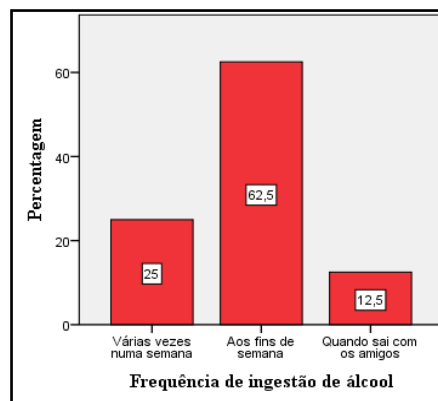
dia, enquanto que o outro utente assegurou fumar uma maior quantidade de cigarros, porém, menos que um maço diário.

Gráfico 14– Hábitos alcoólicos



Fonte: Elaboração própria

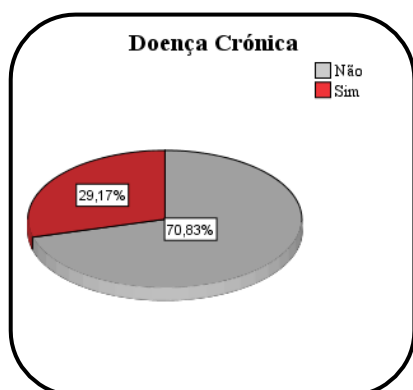
Gráfico 15 – Ingestão de álcool



Fonte: Elaboração própria

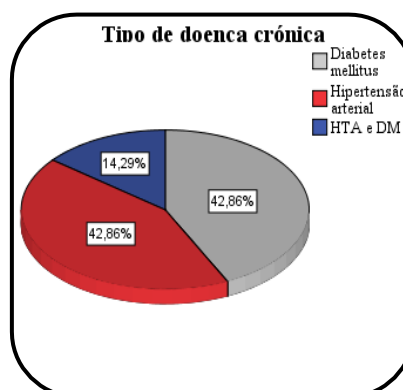
Quanto a pergunta se têm hábitos alcoólicos (gráfico 14), a maioria dos inquiridos afirmaram não ter hábitos alcoólicos, fatia essa representada por 66,67% dos inquiridos (16 utentes). Somente 8 utentes afirmaram que consomem álcool, o que corresponde à 33,33% dos inquiridos. De acordo com o gráfico 15, dos 8 utentes que disseram que têm hábitos alcoólicos, 5 afirmaram que só consomem álcool aos fins-de-semana, 1 disse que só o faz quando sai com os amigos e 2 alegaram que ingerem álcool várias vezes numa semana.

Gráfico 16 – Existência de doença crónica



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 17– Tipo de doença crónica



Fonte: Elaboração própria

Houve também a necessidade de se compreender a história de saúde do utente mediante questões quanto a existência de possíveis patologias crónicas, episódios de

infecção no último ano, uso de antibióticos no último ano, internamentos anteriores e intervenções cirúrgicas anteriores.

Questionados quanto a possibilidade de terem alguma patologia crónica (gráfico 16), 70,83% dos inquiridos afirmaram que não apresentam nenhuma patologia crónica. Somente 29,17% dos utentes disseram que sofrem de alguma patologia crónica. Segundo o gráfico 17, dos 7 utentes que apresentam uma doença crónica, 3 (42,86%) apresentam diabetes *mellitus*, 3 (42,86%) sofrem de hipertensão arterial e 1 (14,29%) apresenta diabetes *mellitus* e hipertensão arterial.

Gráfico 18 – Infecção no último ano



Fonte: Elaboração própria

De acordo com o gráfico 18, dos 24 inquiridos, 41,67% responderam que não apresentaram nenhum episódio de infecção no último ano. Os restantes 58,33% representados por 14 pessoas asseguraram que tiveram pelo menos 1 episódio de infecção no último ano.

Tabela 4 – Relação entre os episódios de infecção no último ano e o uso de antibióticos

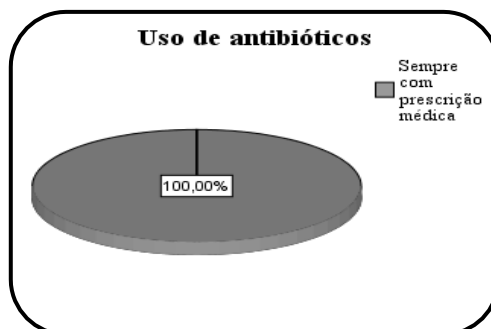
		Uso de antibiótico no último ano		Total
		Não	Sim	
Episódios de infecção	1 vez	0	12	12
	2 vezes	2	0	2
Total		2	12	14

Fonte: Elaboração própria

Questionados acerca do número de episódios de infecção no último ano e do uso de antibióticos, 12 responderam que tiveram somente 1 episódio de infecção no último ano

e que fizeram uso de antibiótico. Os restantes 2 utentes afirmaram que tiveram 2 episódios de infecção, mas que não fizeram uso de antibiótico conforme indica a tabela 4.

Gráfico 19 – Uso de antibiótico



Fonte: Elaboração própria

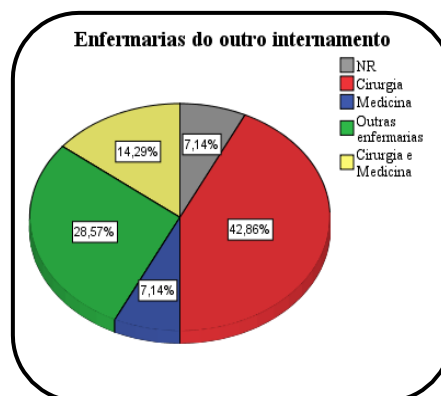
No que toca a questão do uso de antibiótico durante os episódios de infecção, de acordo com o gráfico 19 todos os utentes que afirmaram fazer uso de antibiótico no último ano, alegaram que o fizeram com prescrição médica.

Gráfico 20– Internamentos anteriores



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 21– Enfermarias do internamento



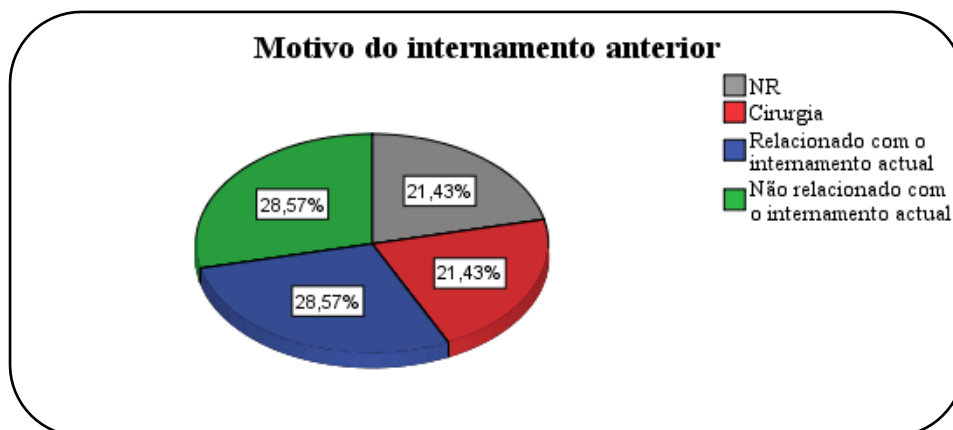
Fonte: Elaboração própria

O gráfico 20 mostra que 41,67% dos inquiridos disseram que nunca tinha sido hospitalizados, enquanto que os restantes utentes disseram que já tinham sido internados pelo menos uma vez. Isso mostra que há uma percentagem considerável de utentes que estão em frequente contacto com os microrganismos patogénicos dos hospitais.

O gráfico 21 evidencia claramente que a grande maioria dos inquiridos já tinham sido hospitalizados na enfermaria de cirurgia, o que corresponde a 6 utentes (42,86%). 1 dos utentes já tinha sido internado na enfermaria de Medicina. 4 utentes ficaram

hospitalizados em enfermarias antigas no HBS, em outras ilhas ou país, que foi denominado como sendo outras enfermarias. E por fim, 2 utentes apresentam histórias de vários internamentos anteriores na enfermaria de Cirurgia e na enfermaria de Medicina.

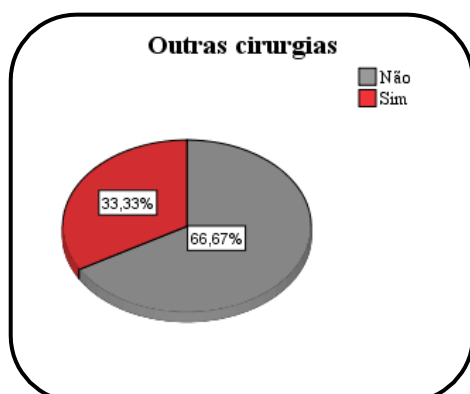
Gráfico 22 – Motivo do(s) internamento(s) anterior (es)



Fonte: Elaboração própria

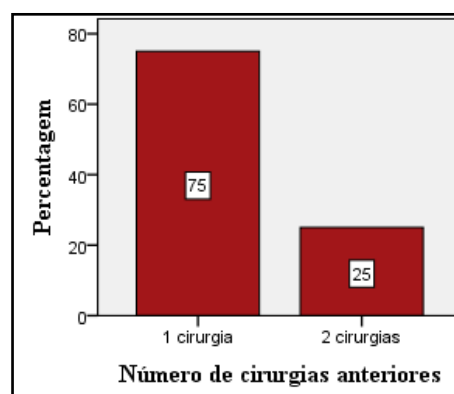
O gráfico 22 mostra que 21,43% dos utentes que já tinham sido internados outras vezes não sabiam ou não quiseram responder qual o motivo dos internamentos anteriores. Mais 21,43% foram internados devido a cirurgias anteriores, 28,57% foram internados devido a motivos relacionados com o internamento actual e os restantes 28,57% foram internados por razões não relacionados com o internamento actual.

Gráfico 23 – Cirurgias anteriores



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 24– Número de cirurgias anteriores

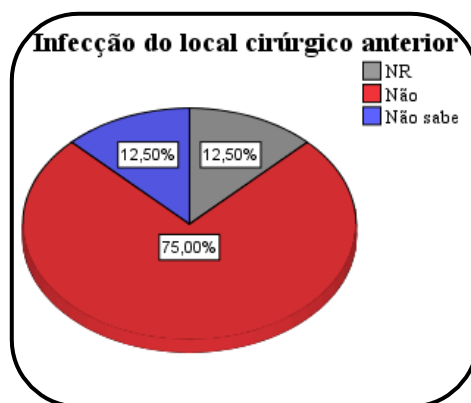


Fonte: Elaboração própria

O gráfico 23 revela que 66,67% dos inquiridos asseguraram que nunca tinham sido submetidos a outras intervenções cirúrgicas. Os restantes 33,33% afirmaram que já tinham sido submetidos a outros procedimentos cirúrgicos.

Dos 8 utentes que já tinham sido submetidos à cirurgias anteriores (gráfico 24), 25% disseram que já tinham sido submetidos à 2 procedimentos cirúrgicos e os restantes 75% garantiram que já tinham realizado somente uma cirurgia anterior.

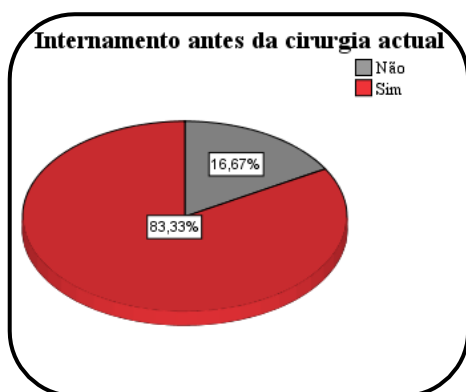
Gráfico 25 – Infecção do local cirúrgico anterior



Fonte: Elaboração própria

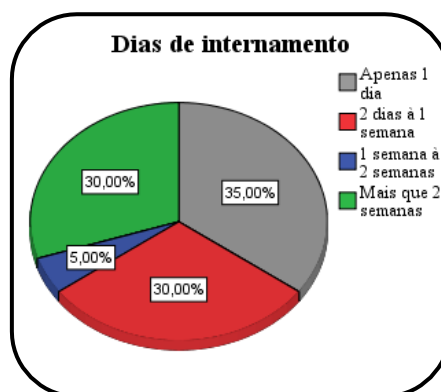
O gráfico 25 demonstra que dos 8 utentes submetidos a outras cirurgias, 1 não respondeu se teve alguma infecção da ferida cirúrgica e outro não sabia se teve alguma infecção da ferida cirúrgica anterior. Os restantes 6 utentes asseguraram que não tiveram nenhum episódio de infecção do local cirúrgico aquando das cirurgias anteriores.

Gráfico 26 – Internamento antes da cirurgia



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 27 – Dias de internamento



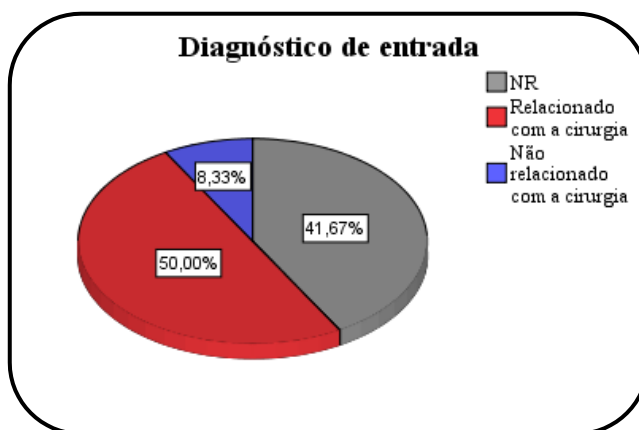
Fonte: Elaboração própria

Para que se pudesse compreender mais activamente os factores de risco para infecção do local cirúrgico foi necessário compreender a história do internamento actual de cada utente, questionando-os acerca dos dias de internamento pré-operatório, doença associada no momento da cirurgia, realização de tricotomia e banho pré-operatório.

16,67% dos utentes afirmaram que não foram internados antes da cirurgia, uma vez que foram ao hospital somente no dia em que iriam ser submetidos à cirurgia. Os restantes 83,33% foram hospitalizados antes da cirurgia por pelo menos 1 dia conforme indica o gráfico 26. Isso revela que ainda há um grande número de cirurgias que ocorrem com a hospitalização do utente.

O gráfico 27 evidencia que 35% foram internados apenas um dia antes da cirurgia. 30% dos inquiridos foi submetido à cirurgia quando já tinham entre 2 dias e uma semana de internamento. 5% estiveram internados entre uma a duas semanas antes da cirurgia. Os restantes 30% foram intervencionados cirurgicamente quando já tinham mais que duas semanas de internamento. Desses utentes, importante ainda referir que somente 2 foram internados na enfermaria de Medicina antes de irem para a unidade de cirurgia.

Gráfico 28 – Diagnóstico de entrada



Fonte: Elaboração própria

O gráfico 28 mostra que 41,67% dos utentes não responderam qual foi o diagnóstico que motivou o internamento actual. Metade dos inquiridos foram internados devido a motivos relacionados com a cirurgia actual, enquanto que 8,33% dos inquiridos foram internados por razões não relacionadas com a cirurgia realizada.

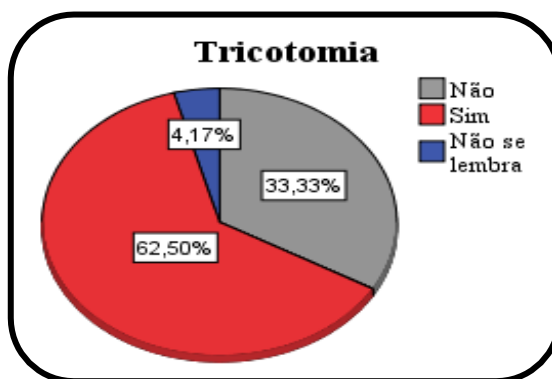
Tabela 5 – Relação entre doença associada e tipo de doença associada

		Tipo de doença associada				Total
		Gastrite	Anemia	Paraplegia	Colesterol elevado	
Doença Associada	Sim	1	2	1	1	5

Fonte: Elaboração própria

Como indica a tabela 5, somente 5 utentes referiram a existência de doença associada, sendo que 1 afirmou sofrer de gastrite, 2 disseram que estavam com a anemia, 1 disse ter paraplegia e 1 alegou ter colesterol elevado.

Gráfico 29 – Realização de tricotomia



Fonte: Elaboração própria

Quando questionados acerca da realização de tricotomia, somente 33,33% dos inquiridos responderam que não foram submetidos à realização de tricotomia. A grande maioria, representada por 62,50% da amostra, respondeu que foi submetido à realização de tricotomia, o que demonstra que a tricotomia ainda é amplamente utilizada. Somente 1 utente (4,17%) disse que não se lembrava se foi submetido à tricotomia, uma vez que foi submetido a uma cirurgia de urgência.

Tabela 6- Relação entre onde e quando foi realizada a tricotomia

		Onde foi realizada a tricotomia		Total
		Enfermaria	Em casa	
Quando foi realizada a tricotomia	Véspera da cirurgia	8	5	13
	Próprio dia da cirurgia	2	0	2
Total		10	5	15

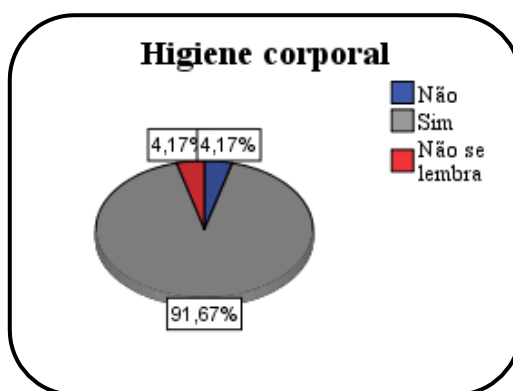
Fonte: Elaboração própria

Como se pode ver na tabela 6, dos 15 utentes submetidos à realização de tricotomia. 13 foram submetidos à realização de tricotomia na véspera da cirurgia, sendo 8

na enfermaria de cirurgia e 5 em casa. Isso revela um grande problema, pois ainda se recorre muito à realização de tricotomia e muitas vezes, os utentes são responsabilizados pela sua execução em casa, não sabendo como fazê-lo adequadamente e correndo o risco de causar cortes na pele.

2 foram submetidos à tricotomia no próprio dia da cirurgia, na enfermaria de cirurgia. Esta prática já se encontra em maior conformidade com as pesquisas realizadas, uma vez que a maioria dos autores defende a realização de tricotomia o mais perto possível da hora do procedimento cirúrgico.

Gráfico 30 – Higiene corporal antes da cirurgia.



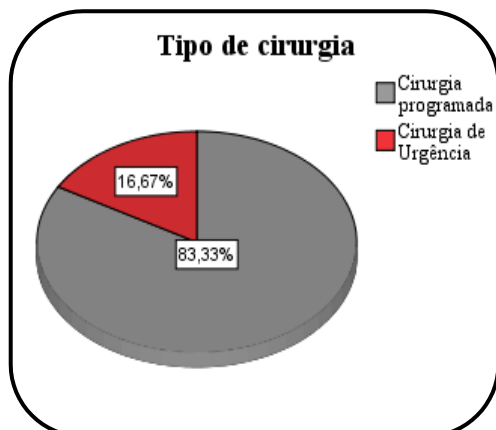
Fonte: Elaboração própria

O gráfico 30 demonstra que 91,67% dos inquiridos afirmaram que foi-lhes dado um banho pré-operatório. Somente 1 utente alegou que não tomou um banho antes da cirurgia porque fora submetido a uma cirurgia de urgência. Outro utente também submetido a cirurgia de urgência disse que não se lembra se lhe foi dado um banho antes da cirurgia.

3.2. Análise do Guião de Observação aplicado aos utentes

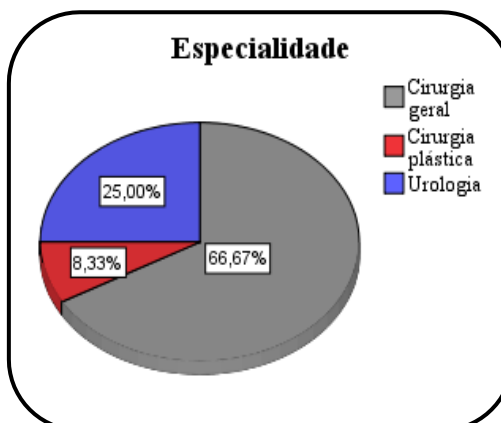
O guião de observação foi aplicado aos 24 utentes inquiridos com a finalidade de observar os achados da ferida operatória e avaliar possíveis sinais de infecção do local cirúrgico. Foi importante analisar se foram submetidos a cirurgia de urgência ou programada, e também, qual a especialidade a que pertenciam.

Gráfico 31 – Tipo de cirurgia



Fonte: Elaboração própria

32- Especialidade da cirurgia



Fonte: Elaboração própria

De acordo com o gráfico 31 que apresenta o tipo de cirurgia realizado pelos utentes inquiridos, 83,33% dos observados foram submetidos à cirurgia programada. Os restantes 16,67% foram submetidos a um procedimento cirúrgico de urgência. Isto deve-se ao facto do número de cirurgias programadas realizadas ser superior ao das cirurgias de urgência. O gráfico 32 mostra que 66,67% dos utentes foram submetidos à cirurgia geral, 8,33% foram submetidos a cirurgia plástica e os restantes 25% foram submetidos a um procedimento cirúrgico de urologia.

Gráfico 33 – Infecção da ferida cirúrgica



Fonte: Elaboração própria

De acordo com os achados observados nas feridas cirúrgicas dos utentes, 3 utentes desenvolveram uma infecção da ferida cirúrgica. Esses três utentes representam 12,5% dos observados de acordo com o gráfico 33.

Em ambos os casos foram observados edema, rubor e exsudado purulento. Importante referir que ambos foram submetidos à cirurgia geral, sendo que dois foram submetidos a amputação abaixo do joelho e o terceiro a uma colecistectomia.

Nos dois casos de amputação, ambas as feridas cirúrgicas apresentavam drenos, um aberto e outro ligado a saco colector. No caso da colecistectomia, não havia a presença de drenos após a cirurgia, mas passados alguns dias após o procedimento cirúrgico, houve a necessidade de introdução de um dreno, uma vez que a ferida apresentava uma quantidade considerável de exsudado purulento.

Foram observados mais dois casos em que havia edema da ferida cirúrgica, porém, sem outros achados que pudessem justificar uma infecção, uma vez que houve uma evolução favorável das referidas feridas cirúrgicas. Isso vai ao encontro das ideias mencionadas no enquadramento teórico, em que os autores afirmam que até um período de 5 dias após a cirurgia é normal o aparecimento de edema nos bordos das feridas cirúrgicas.

É de se realçar que ao longo das observações efectuadas, não foram observados nenhum caso de evisceração ou deiscência da ferida operatória. 8 dos utentes apresentavam drenos, sendo 3 drenos abertos, 4 drenos ligados a saco colector e 1 ligado a um frasco.

3.3. Cruzamento de variáveis

Para que se pudesse relacionar a incidência de infecção do local cirúrgico e os factores de risco para infecção do local cirúrgico encontrados, fora necessário recorrer ao cruzamento de variáveis.

Tabela 7 - Relação entre infecção do local cirúrgico e o sexo

Sexo		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
	Masculino	18	2	20
	Feminino	3	1	4
	Total	21	3	24

Fonte: Elaboração própria

Analizado a relação entre o sexo e a incidência de infecção do local cirúrgico (tabela 7), 2 dos utentes que desenvolveram ILC são do sexo masculino e 1 do sexo feminino. De acordo com as pesquisas realizadas não foi encontrado nenhuma informação que indique uma relação entre o sexo e a incidência de ILC.

Tabela 8 – Relação entre infecção do local cirúrgico e a faixa etária

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Faixa Etária	< 20 anos	2	0	2
	30 - 40 anos	7	0	7
	40 - 50 anos	1	2	3
	50 - 60 anos	7	1	8
	> 60 anos	4	0	4
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

A tabela 8 representa o cruzamento entre a faixa etária e os utentes com ILC. Ambos os utentes com ILC apresentam idades compreendidas acima dos 40 anos, sendo que 2 têm idade entre 40 e 50 anos, e o outro entre 50 e 60 anos.

Tabela 9 – Relação entre infecção do local cirúrgico e ilha de residência

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Ilha de Residência	São Vicente	16	0	16
	Santo Antão	3	0	3
	São Nicolau	2	1	3
	Sal	0	1	1
	Boavista	0	1	1
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela 9, nenhum dos utentes com ILC reside na ilha de São Vicente. O primeiro reside em São Nicolau, o segundo no Sal e o último na Boavista.

Tabela 10– Relação entre infecção do local cirúrgico e prática de exercício físico

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Prática de exercício físico	Não	9	1	10
	Sim	12	2	14
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela 10, dos 3 utentes com ILC, dois praticam exercício físico regularmente e um não pratica nenhum tipo de exercício físico. Importante referir que o

utente que não pratica actividade física apresenta um considerável excesso de peso, que é um factor de risco para o desenvolvimento de ILC.

Tabela 11 – Relação entre infecção do local cirúrgico e hábitos tabágicos

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Hábitos tabágicos	Não	19	2	21
	Sim	2	1	3
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela 11, dois dos utentes com ILC não apresentam hábitos tabágicos, porém há um que é tabagista. O tabagismo é um factor de risco para ILC.

Tabela 12 – Relação entre infecção do local cirúrgico e hábitos alcoólicos

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Hábitos alcoólicos	Não	13	3	16
	Sim	8	0	8
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

A tabela 12 evidencia que ambos os utentes com ILC não apresentam hábitos alcoólicos, pelo que nestes casos, o desenvolvimento da ILC não está relacionado com a ingestão crónica de álcool.

Tabela 13 – Relação entre infecção do local cirúrgico e o tipo de doença crónica

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Tipo de doença crónica	Diabetes mellitus	1	2	3
	Hipertensão arterial	3	0	3
	HTA e DM	1	0	1
Total		5	2	7

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela 13, dois dos utentes apresentam uma doença crónica, nomeadamente a diabetes *mellitus*. A diabetes pode estar relacionada com o aparecimento

de ILC, uma vez que é um FR. De acordo com os autores consultados retarda a cicatrização da ferida, elevando o risco de ILC.

Tabela 14 – Relação entre infecção do local cirúrgico e infecção no último ano

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Infecção no último ano	Não	10	0	10
	Sim	11	3	14
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela 14, ambos os utentes com ILC apresentaram episódios de infecção no último ano. Isto é claramente um FR visto que existe uma relação clara entre a presença de outras infecções e o aparecimento de uma ILC. Segundo os autores mencionados no enquadramento teórico o deslocamento de bactérias ou outros microrganismos para a ferida cirúrgica pode ocasionar uma ILC.

Tabela 15– Relação entre infecção do local cirúrgico e outros internamentos

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Outros internamentos	Não	7	3	10
	Sim	14	0	14
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

A tabela 15 mostra que nenhum dos utentes com ILC tinha uma história de internamentos antes do internamento actual.

Tabela 16 – Relação entre infecção do local cirúrgico e outras cirurgias

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Outras cirurgias	Não	13	3	16
	Sim	8	0	8
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

Nenhum dos utentes com ILC tinha sido submetido a outras cirurgias antes da cirurgia actual (tabela 16).

Tabela 17 - Relação entre infecção do local cirúrgico e dias de internamento antes da cirurgia

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Dias de internamento antes da cirurgia	Apenas 1 dia	6	1	7
	2 dias à 1 semana	5	1	6
	1 semana à 2 semanas	1	0	1
	Mais que 2 semanas	5	1	6
Total		17	3	20

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela 17, os três utentes com ILC apresentaram períodos de internamento diferentes. Um dos observados foi internado na véspera da cirurgia para a realização da colicistectomia. Outro esteve internado num período entre 2 dias e uma semana. O outro apresentou um período de internamento pré-operatório superior a 2 semanas.

Tabela 18 – Relação entre infecção do local cirúrgico e a realização de tricotomia

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Tricotomia	Não	5	3	8
	Sim	15	0	15
	Não se lembra	1	0	1
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

A tabela 18 apresenta a relação entre a realização de tricotomia e a incidência de ILC. É pertinente referir que nenhum dos utentes com ILC foi submetido à realização de tricotomia, pelo que nestes casos não existe relação positiva entre a realização de tricotomia e o aparecimento de ILC.

Tabela 19– Relação entre infecção do local cirúrgico e banho pré-operatório

		Infecção do local cirúrgico		Total
		Não	Sim	
Banho pré-operatório	Não	1	0	1
	Sim	19	3	22
	Não se lembra	1	0	1
Total		21	3	24

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela 19, ambos os utentes com ILC foram higienizados antes da cirurgia, pelo que não há relação entre a ausência de banho pré-operatório e a incidência de ILC.

3.4. Análise do Guião de Observação aplicado aos enfermeiros

Durante as observações às intervenções de enfermagem realizadas aos utentes no pré-operatório pôde-se constatar que ainda existem muitas lacunas no que tange a preparação psicológica adequada do utente. A preparação psicológica não foi observada com muita frequência, sendo que muitas vezes os utentes se apresentavam no período pré-operatório muito ansiosos e sem muitas informações.

Quanto à avaliação física completa do utente antes da cirurgia não foi observada com muita frequência, sendo mesmo visível a não existência de um sistema de avaliação como fora mencionado no enquadramento teórico.

No que toca a avaliação dos exames realizados pelos utentes no período pré-operatório, esta é realizada com enorme frequência. Os enfermeiros do serviço certificam-se sempre que os utentes realizaram todos os exames necessários, e também, avaliam com frequência o resultado desses exames.

No que tange a realização de tricotomia, a prática dos enfermeiros desse serviço não está em conformidade com o referido pelos autores anteriormente. Geralmente, a realização de tricotomia é efectuada na véspera da cirurgia, e longe da hora da cirurgia. E muitas vezes, a tricotomia não é realizada pelo enfermeiro, sendo realizada pelo próprio utente em casa ou na própria enfermaria. Muitas vezes, não sabem como fazê-lo adequadamente, sendo que alguns rapam menos ou mais pêlos do que o necessário, ou então, efectuem cortes que como referido anteriormente, é um factor de risco para infecção da ferida cirúrgica.

Quanto a avaliação dos sinais vitais antes da cirurgia, é geralmente feita no período de manhã, só sendo reavaliado antes da ida ao centro cirúrgico em utentes com hipertensão arterial ou outro problema de saúde.

A higienização dos utentes internados no serviço de cirurgia é realizada com muita frequência, o que vai ao encontro das respostas dos utentes quando afirmaram que foi-lhes feito a higiene antes de irem ao centro cirúrgico. Os utentes que se encontram aptos para fazer a higiene, é certificado que estes o fazem. Quanto aos utentes acamados ou prostrados, a sua higiene fica a cargo dos enfermeiros do serviço.

Quanto a análise das intervenções de enfermagem no período pós-operatório mediato, os parâmetros vitais são avaliados com muita frequência após a chegada dos utentes à enfermaria. É pertinente referir que os sinais vitais avaliados são a pressão arterial e a temperatura axilar.

A avaliação física completa do utente não é realizada com frequência após as intervenções cirúrgicas, sendo que não é utilizado nenhum sistema de avaliação cefalo-caudal como mencionado no enquadramento teórico.

É pertinente realçar que não houve nenhuma situação de abertura do penso cirúrgico antes das 24 horas após a cirurgia, pelo que não foi observado nenhuma vez. Em todos os casos observados, os pensos cirúrgicos foram abertos após um período de 48 horas da cirurgia.

Apesar de que os autores referem amplamente a necessidade de lavagem das mãos antes de cada curativo, isso não foi observado com frequência. Geralmente lavam as mãos antes do primeiro e depois do último curativo, limitando-se somente à troca de luvas durante a realização dos vários curativos. Essa prática também não se encontra de acordo com as pesquisas realizadas, uma vez que os autores defendem que as mãos devem ser lavadas antes e após cada curativo para evitar infecções cruzadas entre utentes.

A utilização de técnica asséptica durante a realização do penso foi observada com alguma frequência, pelo que os enfermeiros esforçam-se por ter um campo estéril e por mantê-lo estéril. Porém, em alguns casos foram observadas situações em que se conspurcou o campo estéril, e se realizou o curativo com o material conspurcado.

Discussão de Resultados

Após o tratamento e análise detalhada dos dados recolhidos é necessário a discussão dos resultados, visando a explicação e compreensão dos dados, avaliando se os objectivos geral e específicos foram atingidos e se as hipóteses foram comprovadas.

Respondendo à pergunta de partida “Quais os factores de risco para infecção do local cirúrgico predominantes nos utentes intervencionados cirurgicamente internados no serviço de Cirurgia do Hospital Baptista de Sousa?”, os factores de risco encontrados com maior predominância foram o sedentarismo, internamento antes da cirurgia, realização de tricotomia e episódios de infecção recentes.

O sedentarismo foi considerado como um dos factores de risco de maior predominância, tendo sido identificado em 41,7% dos utentes. Os episódios de infecção

recentes foram encontrados em 58,33% dos inquiridos, o internamento antes da cirurgia foi identificado em 83,3% dos inquiridos e a tricotomia foi realizada em 62,5% da amostra.

Os factores de risco encontrados com menor frequência foram a alimentação, ingestão de água, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, patologias crónicas, doença associada e ausência de banho pré-operatório, tendo sido encontrados em menos de metade da amostra, ou em percentagens muito baixas.

A alimentação não foi identificada como um factor de risco predominante uma vez que a maior parte dos utentes referiram ter 3 refeições diárias e a base de peixe, verduras, legumes, arroz e frutas. A ingestão de água dos utentes por dia parece regular de acordo com as respostas dos inquiridos. O tabagismo não constitui um factor de risco predominante porque foi identificado em somente 12,5% da amostra. O alcoolismo também não representa um factor de risco predominante, pois foi encontrado em 33,33% dos inquiridos.

A patologia crónica foi identificada em 29,17% dos inquiridos, não sendo constituído um factor de risco predominante. A ausência de banho pré-operatório foi encontrado em somente 4,2% da amostra, revelando-se um factor de risco não predominante uma vez que só aconteceu com utentes submetidos a cirurgia de urgência. Isso fora também comprovado pelo guião de observação, uma vez que é uma prática regular dos enfermeiros na enfermaria de cirurgia.

Avaliando o primeiro objectivo específico - verificar a incidência das infecções do local cirúrgico na população escolhida: a incidência de infecção do local cirúrgico aparentou ser relativamente baixa, uma vez que foi observada em somente 12,5% da amostra. A incidência de infecção do local cirúrgico foi de 3 em 24 utentes.

Convém realçar que durante a investigação foram encontradas mais quatro casos de infecção em feridas cirúrgicas, nomeadamente em utentes submetidas a amputação supracondiliana. Ambas apresentavam três características em comum: sexo feminino, diabetes *mellitus* e idade acima dos 70 anos. Embora não foi possível inquiri-las por não apresentarem os critérios de inclusão mencionados no enquadramento metodológico do trabalho, convém fazer uma chamada de atenção para estes casos.

Quanto ao segundo objectivo específico - compreender a relação entre os factores de risco para ILC e a incidência de infecção do local cirúrgico na amostra, passa-se a discorrer que: não se estabeleceu nenhuma relação entre o sexo e a incidência da infecção do local cirúrgico. Com o estudo evidenciou-se que os homens constituem o sexo internado

com maior frequência na enfermaria de cirurgia e consequentemente, o sexo submetido a procedimentos cirúrgicos com maior frequência.

Avaliando os FR predominantes foi verificada uma relação positiva a incidência de ILC e a prática de exercício físico, episódios de infecção recentes e internamento pré-operatório. O utente sedentário apresenta um considerável excesso de peso, o que poderá ter influenciado no desenvolvimento da infecção da ferida cirúrgica. Por outro lado, não se verificou nenhuma relação entre a incidência de ILC e a realização de tricotomia. Fica assim comprovada a primeira hipótese de estudo, de que existe relação positiva entre os factores de risco não predominantes e a incidência de infecção do local cirúrgico na população escolhida.

Quanto aos FR não predominantes, verificou-se a existência de uma relação positiva entre a incidência de ILC e os hábitos tabágicos e a existência de patologia crónica. Não se verificou nenhuma relação com os hábitos alcoólicos a ausência de banho pré-operatório, pois todos os utentes com ILC tiveram um banho pré-operatório antes de ir ao centro cirúrgico. Foi verificada uma relação com a existência de patologia crónica, uma vez que dois dos utentes com ILC apresentam diabetes *mellitus*. Fica também comprovada a segunda hipótese de estudo, de que existe relação positiva entre os factores de risco não predominantes e a incidência de infecção do local cirúrgico na população escolhida.

Convém realçar que com as observações realizadas nesse sentido, verificou-se que ainda existem muitas lacunas na assistência de enfermagem no pré e no pós-operatório mediato prestada aos utentes cirúrgicos. Um dos aspectos que convém salientar é a preparação psicológica dos utentes, não sendo preparados adequadamente. Pode-se ainda referir que não é utilizado um sistema de avaliação completa do utente tanto no período que antecede a cirurgia, como no período pós-cirúrgico.

Porém, seja importante realçar que os enfermeiros têm sempre em atenção os exames realizados pelos utentes antes da intervenção cirúrgica. O banho pré-operatório é sempre dado aos utentes, não tendo sido observado somente nos utentes submetidos a cirurgias de urgência. Quanto a avaliação dos parâmetros vitais no pré-operatório, nem sempre é realizada da forma mais adequada. No pós-operatório, este procedimento é efectuado sempre quando os utentes chegam a enfermaria. No entanto, salienta-se que são avaliados somente a pressão arterial e a temperatura axilar.

Uma das intervenções de enfermagem realizadas de forma inadequada é a tricotomia. Com as observações realizadas observou-se que esta técnica não se encontra

em conformidade com as ideias defendidas pelos autores. Outra técnica pouco observada e que pode constituir um factor de risco para infecção da ferida cirúrgica foi a lavagem das mãos entre os curativos de diferentes utentes. Os lapsos na técnica asséptica também foram observados com alguma frequência, revelando também um risco acrescido para infecção das feridas cirúrgicas.

Considerações Finais

Nesta fase o objectivo pretendido é uma breve reflexão acerca do tema retratado, dados obtidos e observações efectuadas. As transformações ocorridas na área da saúde, a introdução de tecnologias cada vez mais sofisticadas e o desenvolvimento de técnicas invasivas têm gerado inúmeros ganhos aos sistemas de saúde. Contudo, como se viu no decorrer do enquadramento teórico do trabalho, essas transformações têm contribuído para a incidência das infecções hospitalares, incluindo as infecções pós-cirúrgicas.

Entre as infecções pós-cirúrgicas, as infecções do local cirúrgico têm constituído um grave problema, sendo responsáveis por um aumento do tempo do internamento e por custos acrescidos aos sistemas de saúde. Esta investigação trouxe à tona algumas das fragilidades do Hospital Baptista de Sousa no que toca ao conhecimento, registo e controlo das infecções do local cirúrgico.

Com a investigação comprovou-se que existe um leque de factores de risco que contribuem para essas infecções, e que representam um desafio para a enfermagem moderna que poderá ter um papel mais activo na prevenção e no controlo dessas infecções.

É evidente que a avaliação dos factores de risco deve ser um processo contínuo e regular que se deve estender por todo o período perioperatório, porém se realce que o período pré-operatório é fundamental para avaliar os factores de risco intrínsecos aos utentes mediante o levantamento da história de saúde dos utentes e hábitos e estilos de vida. O período pós-operatório também se reveste de grande importância no que concerne a avaliação dos factores de risco extrínsecos através do levantamento da história do internamento e cirurgia actual.

Uma avaliação completa, sistemática e regular ao longo do período perioperatório poderá ser essencial para o delineamento de intervenções de enfermagem eficientes e eficazes que previnam ou minimizam o risco de desenvolvimento de infecções do local cirúrgico. Este estudo comprovou a existência de relação positiva tanto entre os factores de risco predominantes como não predominantes e a incidência de infecção do local cirúrgico.

Mediante essa afirmação fica comprovado que nenhum factor de risco deverá ser ignorado ao longo do percurso cirúrgico do utente.

Com esta investigação também se verificou que não há um programa de vigilância das infecções do local cirúrgico no período pós-alta, não sendo possível conhecer o número real de infecções do local cirúrgico que ocorrem nos utentes submetidos à cirurgia.

No decorrer dessa investigação foram encontrados muitos obstáculos que foram ultrapassados com sucesso. Um dos obstáculos encontrados foi a existência de sistemas de registos pouco desenvolvidos no HBS que possibilitassem o acesso a registos necessários para este estudo.

Não foi possível fazer um cálculo amostral exacto devido a inexistência de registos que comportassem o número de utentes submetidos à intervenções cirúrgicas que foram internados na enfermaria de cirurgia. Porém, a amostra foi representativa da população, uma vez que as suas características foram semelhantes aos da população alvo, tendo-se em conta a distribuição de acordo com o sexo, faixa etária, tipo de cirurgia e especialidade implicada.

Devido a esses registos ainda incompletos também não possível ter acesso a taxa de incidência de infecção do local cirúrgico. Essa falta de registos evidencia ainda alguma fragilidade no sistema de saúde, uma vez que a inexistência de números acerca de um dado fenómeno impossibilita um controlo eficaz desse mesmo fenómeno.

Outro obstáculo encontrado foi o analfabetismo de muitos utentes submetidos à cirurgia, tendo sido encontrados alguns utentes analfabetos com idade entre 30 e 40 anos. Também foram encontrados alguns idosos submetidos à cirurgia que não respondiam aos critérios de inclusão delineados para este estudo.

Não obstante a todos os obstáculos acima referidos, após esta investigação pode-se afirmar que todos os objectivos delineados foram alcançados com sucesso. E mediante todos os esforços foram comprovadas todas as hipóteses de estudo.

Recomendações

Após o estudo realizado, tendo em conta as fragilidades apontadas e a importância da assistência de enfermagem no pré e no pós-operatório mediato para o controlo das infeções do local cirúrgico serão apontadas algumas sugestões:

Aconselha-se a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória, onde se poderia identificar os factores de risco para infecção do local cirúrgico. Essa consulta também permitiria uma preparação mais adequada do utente, tanto à nível psicológico como físico. Poder-se-ia ensinar aos utentes como realizar adequadamente a tricotomia em casa.

Tendo em conta que hoje em dia os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção e controlo das infeções no contexto hospitalar, recomenda-se a criação de uma equipa de enfermagem, dentro da Comissão de Higiene e Controlo das infeções hospitalar do Hospital Baptista de Sousa.

Também acredita-se que seja necessária a implementação de um sistema de registo e notificação das infeções do local cirúrgico. Um sistema dessa natureza poderá ser muito útil para se conhecer a situação real da incidência de infeções do local cirúrgico entre os utentes hospitalizados no hospital Baptista de Sousa.

Ainda assim, há necessidade também da criação de um sistema de vigilância das infeções do local cirúrgico no período após a alta hospitalar, uma vez que muitos utentes têm alta hospitalar cerca de 4 ou 5 dias após a cirurgia. Após esse período pode ocorrer infecção do local cirúrgico, e não havendo um sistema de vigilância nesse, não se consegue conhecer o número de utentes que desenvolvem uma infecção do local cirúrgico no período após a alta.

É também necessário que sejam desenvolvidas investigações futuras relacionadas com o mesmo tema e/ou problemática, uma vez que a enfermagem pré e pós-operatória é uma área muito extensa. Recomenda-se que num futuro trabalho atribui ênfase às cirurgias de amputação de membros inferiores visto que foram as cirurgias com maior incidência de infecção observadas durante a investigação.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS-AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. 1ª Edição, Loures, Lusodidacta.

BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth (2006). “Opções de tratamento de feridas” in BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth. *O essencial sobre o tratamento das feridas: Princípios Práticos*. Loures, Lusodidacta.

BOEHNLEIN, Mary; MAREK, Jane (2007). “A enfermagem Intra-operatória” in Frances Monahan; Judith Sands; Marianne Neighbors; Jane Marek; Carol Green (coords.). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. 8ª Edição. Loures, Lusodidacta.

BOLICK, Dianna (2000). *Segurança e controle de infecção*. Rio de Janeiro, Reichmann & Affonso Editores.

CHRISTÓFORO, Berendina Elsinia; CARVALHO, Denise Siqueira (2008). *Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório*. Aprovado em 2008. Acedido 05/05/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/receusp/v43n1/02.pdf>.

ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patricia (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição, Loures, Lusociência.

ERCOLE, Flávia; FRANCO, Lúcia; MACIEIRA, Tamara; WENCESLAU, Luisa; NASCIMENTO DE RESENDE, Helena; CHIANCA, Tânia (2011). *Risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas*. Aprovado em 29/09/2011. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_12.pdf. Acedido em 13-12-2014.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.

GARDNER, Sue; FRANTZ, Rita. “Carga bacteriana da ferida” in BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth (2006). *O essencial sobre o tratamento das feridas: Princípios Práticos*. Loures, Lusodidacta.

GORDIS, Leon (2011). *Epidemiologia*. 4ª Edição, Loures, Lusodidacta.

HERITAGE, John; EVANS, Glyn; KILLINGTON, Dick (2002). *Microbiologia em Acção*. 1ª Edição, Lisboa, Editora Replicação.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew (2005). *Investigação por questionário*. 2ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.

LIMA GEBRIM, Cyanéia; MELCHIOR, Lorena; MENEZES AMARAL, Neyuska ; SOARES BARRETO, Regiane; PRADO PALOS, Marinésia (2014). *Tricotomia pré-operatória: aspectos relacionados à segurança do paciente*. Enfermería Global: Revista electrónica trimestral de Enfermería, Número 34 Abril de 2014. Disponível em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion3.pdf, acedido em 28-12-2014.

LOPES, Carlos Dias; LOPES, Flávia Freitas (2008). *Do Risco à Qualidade: A Vigilância Sanitária nos Serviços de Saúde*. 1ª Edição, Brasília, ANVISA.

MAREK, Jane; BOEHNLEIN, Mary (2007). “A enfermagem Pré-Operatória” in Frances Monahan; Judith Sands; Marianne Neighbors; Jane Marek; Carol Green (coords.). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. 8ª Edição. Loures, Lusodidacta.

MAREK, Jane; BOEHNLEIN, Mary (2007). “A enfermagem Pós-Operatória” in Frances Monahan; Judith Sands; Marianne Neighbors; Jane Marek; Carol Green (coords.). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. 8ª Edição. Loures, Lusodidacta.

MCEWEN, Donna R. (2008). “Cicatrização de Feridas, Curativos e Drenos” in Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Edição. Loures, Lusodidacta.

MEDEIROS, Aldo; NETO, Tertuliano; DANTAS FILHO, Antônio; PINTO JR, Francisco; UCHÔA, Raquel; CARVALHO, Mariana (2003). *Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário*. Acta Cirúrgica Brasileira, volume 18. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/acb/v18s1/15182.pdf>. Acedido em 24/05/2015.

NICOLETTE, Lillian H. (2008). “Prevenção e Controle de Infecção no Ambiente Perioperatório” in Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Edição, Loures, Lusodidacta.

ODOM-FORREN, Jan (2008). “Cuidados ao Paciente no Pós-Operatório e Controle da Dor” in Jane C. Rothrock (Coord.). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Edição, Loures, Lusodidacta.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2ª Edição, Rio Grande do Sul, Universidade FEEVALE.

SILVA, Carolina Giordani; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira (2012). *Curativos para tratamento de feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática*. Aprovado em 12/07/2012, Porto Alegre. Acedido em 05/05/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/24.pdf>.

TRALDI, Maria Cristina (2004). *Fundamentos de Enfermagem na Assistência Primária de Saúde*. Campinas, Editora Alínea.

WILSON, Jennie (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição, , Loures, Lusociência.

Apêndices

Apêndice 1 – Cronograma elaborado para a realização do TCC

Fases	Actividades	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Fase Inicial	Escolha do tema										
	Pesquisa										
	PP e Justificativa										
	Objectivos										
	Hipóteses										
	Escolha da abordagem										
	Construção da problemática										
	Enquadramento Teórico										
	Apresentação do TCC										
	Procedimentos Éticos										
Fase de Execução	Iniciar a Invetigação	Tipo de Pesquisa									
		Método e Instrumento de Recolha									
		Participantes									
		Campo Emprírico									
		Recolha de informação									
	Tratamento de dados										
	Apresentação de Resultados										
	Interpretação de Resultados										
	Introdução										
	Considerações Finais e Propostas										
Fase Final	Resumo										
	Envio do TCC ao Orientador										
	Revisão e Tradução										
	Entrega nos SAA										

Apêndice 2 – Requerimento feito pela investigadora

Ab Superintendente de Inf.
para a Saida Occurência
Mest [assinatura]
21/01/15
A Comissão de
Ética [assinatura]
22/01/2015

Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista de Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Assunto: Colheita de dados para investigação científica - Monografia

Ezely Artemisa da Luz Rodrigues, aluna do 4º Ano do Curso de Enfermagem da Universidade do Mindelo, estudante número 2580 vem por este meio mui respeitosamente informar que pretende desenvolver uma pesquisa sobre as infecções do local cirúrgico no serviço de cirurgia no âmbito do trabalho de conclusão de curso. Nesse sentido serve-se do presente para solicitar a Vossa Excia que se digne a autorizar a recolha de dados necessários sobre o assunto supracitado, o acesso a documentos que apresentem a taxa de incidência das infecções do local cirúrgico no Hospital Baptista de Sousa e outros documentos que possam ser úteis para a investigação.

Nestes Termos

Pede deferimento,

Mindelo, 15 de Janeiro de 2015

Ezely Artemisa da Luz Rodrigues
/Ezely Artemisa da Luz Rodrigues/

Aprovado pela Comissão de Ética.
[assinatura]
22/01/2015

Apêndice 3 – Questionário aplicado aos utentes

Questionário

Caro(a) senhor(a),

No âmbito do trabalho de conclusão de curso de enfermagem encontro-me neste momento a desenvolver um trabalho de investigação científica cujo tema é a **Assistência de Enfermagem no Pré e no Pós-operatório Mediato**. O objectivo deste questionário é recolher informações úteis para se atingir o objectivo do trabalho que é identificar os factores de risco para infecção do local cirúrgico predominantes nos utentes submetidos à cirurgia programada internados no serviço de Cirurgia do Hospital Baptista de Sousa. Peço encarecidamente que colabore com este estudo que será uma mais-valia para todos os utentes que serão submetidos a uma cirurgia e agradeço a sua disponibilidade e colaboração, sem as quais não seria possível realizar este estudo.

I. CARACTERIZAÇÃO GERAL

1. Sexo: Feminino (♀) ☐ Masculino (♂) ☐
2. Idade: _____ anos
3. Qual é a sua ocupação?
 - Estudante ☐
 - Trabalhador ☐
 - Desempregado ☐
 - Outro _____
- 3.1. Se trabalha, qual é a sua profissão? _____
- 3.2. Quantas horas trabalha diariamente? _____ horas
4. Em que zona/ilha reside? _____

II. HÁBITOS DE VIDA

5. Costuma praticar exercício físico? Não ☐ Sim ☐
- 5.1. Quantas vezes pratica exercício físico numa semana?
 - 1 vez ☐
 - 2 vezes ☐
 - ≥ 3 vezes ☐
- 5.2. Que tipo de exercício costuma praticar?
 - Caminhadas ☐
 - Ciclismo ☐
 - Natação ☐
 - Outro _____
6. Quantas refeições efectua diariamente? _____
- 6.1. Seleccione a alínea que apresenta os alimentos que mais fazem parte da sua alimentação.
 - a) Peixe, verduras, legumes, arroz e frutas ☐
 - b) Arroz, carnes, massas e pão ☐
 - c) Carnes, verduras e arroz ☐
- 6.2. Com que frequência ingere água?
 - ☕ Só quando tenho sede ☐

- + Bebo mais que 4 copos por dia ☐
 - + Bebo menos que 4 copos por dia ☐
 - + Bebo muito, mas não contabilizo ☐
7. O(a) sr(a) tem hábitos tabágicos? Não ☐ Sim ☐

7.1. Se fuma, quantos cigarros fuma diariamente?

- + Fumo menos que 5 cigarros ☐
- + Fumo menos que 1 maço ☐
- + Fumo mais que 1 maço ☐

8. O(a) sr(a) tem hábitos alcoólicos? Não ☐ Sim ☐

8.1. Se sim, com que frequência ingere álcool?

- + Várias vezes ao dia ☐
- + Várias vezes numa semana ☐
- + Aos fins-de-semana ☐
- + Quando saio com os amigos ☐

III. HISTÓRIA DE SAÚDE

9. Apresenta alguma doença crónica? Não ☐ Sim ☐

9.1. Se sim, que doença apresenta?

- Diabetes *mellitus* ☐
- Hipertensão arterial ☐
- HIV/Sida ☐
- Epilepsia ☐
- Outra _____

10. Teve algum episódio de infeção no último ano? Não ☐ Sim ☐

10.1. Se sim, com que frequência teve episódios de infeção?

1 vez ☐ 2 vezes ☐ ≥ 3 vezes ☐

11. Durante esse(s) episódio(s) de infeção fez uso de antibióticos? Não ☐ Sim ☐

11.1. Se fez uso de antibióticos, como foi feito?

- + Sempre com prescrição médica ☐
- + Às vezes com prescrição médica e às vezes por conta própria ☐
- + Sempre por conta própria ☐

12. Já esteve internado(a) outras vezes? Não ☐ Sim ☐

12.1. Em que serviço(s) esteve internado(a)?

- Enfermaria Cirurgia ☐
- Enfermaria Medicina ☐
- Enfermaria Orto-Traumatologia ☐
- Outra _____

12.2. Qual foi o motivo do(s) internamento(s)?

13. Já foi submetido(a) a outras intervenções cirúrgicas? Não ☐ Sim ☐

13.1. Se sim, à quantas intervenções foi submetido(a)? _____

13.2. Após a(s) cirurgia(s) teve alguma infecção da ferida cirúrgica? Não ☐ Sim ☐ Não sei ☐

IV. HISTÓRIA DO INTERNAMENTO ACTUAL

14. Esteve internado(a) antes de efectuar esta cirurgia? Não ☐ Sim ☐

14.1. Se sim, quantos dias esteve internado(a)?

Apenas 1 dia ☐ ≥ 2 dias ☐ > 1 semana ☐ ≥ 2 semanas ☐

15. Esteve internado noutra enfermaria antes de vir para a enfermaria de Cirurgia?

Não ☐ Sim ☐

15.1. Se sim, indique a enfermaria em que esteve internado(a).

- Enfermaria de Orto-traumatologia ☐
- Enfermaria de Maternidade ☐
- Enfermaria de Medicina ☐
- Outra _____

16. Qual o diagnóstico que apresentava?

17. Apresenta alguma doença associada? Não ☐ Sim ☐

17.1. Se sim, que doença apresenta?

- Anemia ☐
- Cancro ☐
- Obesidade ☐
- Úlceras varicosas ☐
- Úlcera(s) de pressão ☐
- Outra _____

18. Foi-lhe rapado os pêlos do local cirúrgico antes da cirurgia?

Não ☐ Não me lembro ☐ Sim ☐

18.1. Se sim, quando é que foi efectuada?

- ✚ Na véspera da cirurgia ☐
- ✚ No próprio dia da cirurgia ☐

18.2. Onde é que foi efectuada?

- ✚ Na Enfermaria ☐
- ✚ No Bloco Operatório ☐
- ✚ Em casa ☐

19. Foi-lhe feito a higiene corporal antes de ir para o centro cirúrgico?

Não ☐ Não me lembro ☐ Sim ☐

Muito obrigada pela sua colaboração!

Apêndice 4 - Guião de observação das feridas cirúrgicas

	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10	U11	U12	U13
Edema				#							#		
Rubor		#				#							
Calor													
Deiscência													
Evisceração													
Exsudado purulento						#			#		#		
Drenos aberto			#			#							
Dreno ligado a saco colector	#				#						#		
Dreno ligado a frasco									#				
C. Urgência								#					
Cirurgia programada	#	#	#	#	#	#	#		#	#	#	#	#
C. Geral	#	#	#		#	#	#	#	#		#		#
C. Plástica												#	
Urologia				#						#			

	U14	U15	U16	U17	U18	U19	U20	U21	U22	U23	U24
Edema							#			#	
Rubor							#			#	
Calor											
Deiscência											
Evisceração											
Exsudado purulento										#	
Drenos aberto										#	
Dreno ligado a saco colector					#						
Dreno ligado a frasco											
C. Urgência			#		#						
Cirurgia programada	#	#		#	#	#	#	#	#	#	#
C. Geral			#	#		#				#	#
C. Plástica							#				
Urologia	#	#						#	#		

Apêndice 5 - Guião de Observação – Unidade de Cirurgia

Intervenções de enfermagem no Pré-operatório	
Preparação psicológica do utente	#####
Avaliação física completa do utente	#####
Avaliação dos exames feitos pelo utente	#####
Realização de tricotomia na véspera da cirurgia	#####
Realização de tricotomia no dia da cirurgia	
Avaliação dos parâmetros vitais	#####
Higienização do utente antes de ir para o centro cirúrgico	#####

Intervenções de Enfermagem no Pós-operatório Mediato	
Avaliação física do utente	####
Avaliação dos parâmetros vitais	#####
Abertura do penso cirúrgico antes das 48 horas	
Lavagem das mãos antes da realização do penso	###
Utilização de técnica asséptica durante o penso	#####

Anexos

Anexo 1 - Requerimento da coordenação do curso de enfermagem



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi



12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.


A Coordenadora do Curso de Enfermagem
UNIVERSIDADE DO MINDELO

Enf.^a Acelia Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde
Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv